

TRAVAIL DU LABORATOIRE DE M. LE PROFESSEUR QUÉNU

Année 1912

THÈSE

N°

180

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Antoine BASSET

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

PROFCTEUR A LA FACULTÉ

NÉ A PARIS, LE 3 JUIN 1882

L'ÉPITHÉLIOMA PRIMITIF DU CLITORIS

SON RETENTISSEMENT GANGLIONNAIRE
ET SON TRAITEMENT OPÉRATOIRE

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1912

02.1.11

TRAVAIL DU LABORATOIRE DE M. LE PROFESSEUR QUÉNU

Année 1912

THÈSE

180

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Antoine BASSET

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

PROFESSEUR A LA FACULTÉ

NÉ A PARIS, LE 3 JUIN 1882

L'ÉPITHÉLIOMA PRIMITIF DU CLITORIS

SON RETENTISSEMENT GANGLIONNAIRE
ET SON TRAITEMENT OPÉRATOIRE



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1912



A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
M. LE PROFESSEUR E. QUÉNU

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Internat.

1910-1911	M. le Professeur E. QUÉNU.
1909-1910	M. le Professeur P. DELBET.
1908-1909	M. le Professeur S. POZZI.
1907-1908	M. le Professeur agrégé E. SCHWARTZ.

Internat provisoire.

1906-1907	{ M. le Docteur J. BELIN.
	{ M. le Professeur agrégé P. THIÉRY.
1905-1906	M. le Docteur J. RENAULT.

Externat.

1904-1905	M. le Professeur agrégé E. SCHWARTZ.
-----------	--------------------------------------

A MM. les Professeurs P. RECLUS, A. GILBERT.

A MM. les Professeurs agrégés R. PROUST, P. DUVAL, B. CUNÉO,
RIEFFEL, P. LECÈNE, chirurgiens des hôpitaux.

A M. le Docteur P. RICHE, chirurgien des hôpitaux.

A MM. les Docteurs MERKLEN (*in memoriam*), E. HIRTZ,
médecins des hôpitaux.

MEIS ET AMICIS

HISTORIQUE

Ayant eu l'occasion d'observer pendant notre internat dans le service de notre maître, M. le Pr Quénu, une malade atteinte d'épithélioma primitif du clitoris qui put être opérée et rester guérie 18 mois après l'opération, nous avons eu l'idée de rechercher dans la littérature les travaux parus sur cette affection considérée comme rare par la plupart des chirurgiens.

Pendant très longtemps les tumeurs malignes du clitoris et en particulier les épithéliomas furent très mal connus, peu ou pas étudiés, et généralement confondus avec les cancers de la vulve.

Cependant, vers 1870-1875, quelques cas isolés furent publiés par Mayer dans le *Monatschrift für Gynäkologie*, en 1868, par Léger, par Cornil dans les *Bulletins de la Société Anatomique de Paris* en 1874, par Arnott dans les *Transactions of the Pathological Society of London* en 1873. En 1888 Dauriac fait à Paris une thèse sur ce sujet à propos d'une observation d'A. Richet parue dans la *Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu* de la même année.

Quelques années plus tard, en 1894, à Bordeaux, Louradour publie sa thèse inspirée par une observation

de Faguet qui se trouve dans les *Bulletins de la Société Anatomique de Bordeaux* le 19 novembre 1894.

En dehors des cas isolés et des thèses ne relatant qu'un nombre restreint d'observations, deux travaux fondamentaux ont paru jusqu'à ce jour sur les *Tumeurs malignes* et les *Épithéliomas du clitoris*.

C'est le travail de Björkqvist et celui de Jacoby. Björkqvist rapporte en tout 69 cas de cancer du clitoris. Jacoby faisant la critique des observations de Björkqvist qu'il rapporte après celui-ci en rejette complètement quelques-unes. Ajoutant lui-même 13 observations nouvelles qu'il rapporte, dont deux personnelles, il arrive à un total de 65 cas, qu'il divise en 40 cas d'épithéliomas certainement primitifs et en 25 cas douteux.

Si nous totalisons les 69 cas de Björkqvist et les 13 propres de Jacoby nous obtenons 82 cas de cancer du clitoris dont 40 sûrement primitifs et 42 douteux.

A ces 82 cas douteux ou non, nous avons nous-même à ajouter notre cas personnel, l'observation inédite que nous devons à la bienveillance du Dr Tuffier et à l'amitié de notre collègue Roux-Berger et enfin 63 cas épars dans la littérature et que nous avons rassemblés, soit un total général de 147 observations.

Nous voyons donc en somme que l'épithélioma du clitoris tout en n'étant pas fréquent, loin de là (puisque Schültze d'Iéna n'en a vu que 5 cas en 30 ans, et Engström, d'après Björkqvist 2 cas seulement en 20 ans, à la clinique d'Helsingfors) est en réalité une affection moins rare qu'on ne le pense en général.

Dans ce travail, au point de vue étiologique, clinique, diagnostique et surtout au point de vue du traitement chirurgical, nous avons laissé de côté le cancer secondaire, dû généralement à l'extension progressive locale d'un épithélioma vulvaire ou vaginal et nous nous sommes occupé presque exclusivement de l'épithélioma primitif du clitoris.

ÉTIOLOGIE

L'épithélioma primitif du clitoris apparaît surtout entre 40 et 70 ans — assez rarement avant 40 ans, moins rarement après 70 ans.

Les causes étiologiques invoquées par les auteurs sont nombreuses et diverses. Bien peu d'entre elles semblent avoir une réelle importance sur le développement de la néoplasie.

Il y a d'abord, ici comme toujours, l'hérédité, à action bien douteuse? Nous ne pouvons d'autre part que citer le traumatisme. Il est aussi bien difficile d'être affirmatif pour les rapports sexuels et les grossesses répétées.

Une cause a été également invoquée : c'est la transformation des tumeurs bénignes en tumeurs malignes (Tédenat). Winckel cite un cas de cancer du clitoris résultant de la transformation cancéreuse d'une verrue de la région clitoridienne. Nous-même rapportons un cas de dégénérescence néoplasique maligne d'un kyste dermoïde du clitoris (cas de Bertino).

Boivin et Dugès ont invoqué les attouchements répétés du clitoris et Tasty le prurit vulvaire. Il semble beaucoup plus naturel de penser que ce prurit est,

comme la lecture des observations semble le démontrer, un des premiers symptômes dus à l'apparition de la tumeur, ou du moins de la leucoplasie vulvaire qui la précède et l'accompagne souvent, et que c'est ce prurit qui provoque les attouchements répétés.

Beaucoup plus intéressants sont les rapports entre la leucoplasie et le cancer signalés par de très nombreux auteurs : Reclus, Bosé, Perrin, Monod, et étudiés histologiquement par Le Dentu, Pichevin, Aug. Petit, Gaucher et Sergent. Perruchet trouve que sur 18 cas de leucoplasie vulvo-vaginale, 3 seulement sont signalés comme ne coexistant pas avec un épithélioma.

Il semble donc logique, ici comme dans le cancer de la langue d'attribuer une place probablement prépondérante à la leucoplasie dans l'étiologie du cancer du clitoris.

Quant à la syphilis, c'est par une sorte de détour qu'elle pourrait agir et il faut, croyons-nous, se borner à dire que la leucoplasie vulvaire semble, comme la leucoplasie linguale, particulièrement fréquente chez les syphilitiques.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Histologiquement, le clitoris a pour caractère d'être revêtu d'un épithélium pavimenteux stratifié. Les tumeurs malignes cancéreuses qui prendront naissance dans ce tissu seront donc des épithéliomas pavimenteux.

L'épithélioma est la variété la plus fréquente du cancer du clitoris.

Examen macroscopique.

Ce néoplasme s'observe sous deux formes principales. Tantôt il se présente comme une plaque occupant seulement la partie superficielle du derme, tantôt il comprend toute l'épaisseur de la muqueuse de revêtement du clitoris. A sa période de début, il a l'aspect soit d'une plaque dure, fissurée, soit d'une tumeur de la grosseur d'un pois faisant saillie, sessile ou à base pédiculée. Quelle que soit sa forme, la tumeur s'ulcère rapidement.

A sa seconde période, période d'ulcération, la plaie présente des bords inégaux, taillés à pic, recouverts

souvent d'écailles leucoplasiques ou de croûtes, et tout autour la peau est infiltrée par un œdème dur.

Le fond de la plaie est tantôt bourgeonnant — et alors la tumeur est en tout semblable à un papillome — tantôt le cancer s'étend et ronge en profondeur. C'est la forme ulcéreuse, par opposition à la première qui est dite exubérante.

Examen histologique.

L'épithélioma du clitoris peut exister sous deux formes :

1° Épithélioma pavimenteux lobulé ;

2° Épithélioma pavimenteux tubulé.

Nous n'insisterons pas longuement sur l'examen microscopique de ces épithéliomas qui n'offrent rien de particulier au clitoris et ont tous les caractères des épithéliomas pavimenteux des autres régions.

A. ÉPITHÉLIOMA PAVIMENTEUX LOBULÉ. — L'épithélioma pavimenteux lobulé est constitué par des cellules épithéliales pavimenteuses qui ont comme caractère spécial de s'imbriquer par couches concentriques, ce qui leur a fait donner le nom de « globes épidermiques ». Ces globes épidermiques se retrouvent au milieu de bourgeons épithéliaux et ces bourgeons forment au milieu du tissu conjonctif, des lobules reliés entre eux par des travées épithéliales. Dans quelques épithéliomas lobulés ulcérés on trouve des cellules embryonnaires ou des cellules ayant subi la dégéné-

rescence muqueuse. Notre observation personnelle rentre dans la classe de ces épithéliomas pavimenteux à globes épidermiques.

B. ÉPITHÉLIOMA PAVIMENTEUX TUBULÉ. — Cet épithélioma est constitué par des cellules pavimenteuses ne subissant pas l'évolution épidermique ; elles sont enfermées dans des cylindres communiquant entre eux et entourés de tissu conjonctif, normal ou embryonnaire.

État des ganglions.

Cette question de l'état des ganglions nous semble, et cela pourra peut-être paraître étonnant, être une des plus obscures de l'étude du cancer du clitoris. Il s'agit là cependant d'un point d'une importance capitale tant au point de vue du pronostic surtout éloigné, qu'à celui des indications et de la technique de l'extirpation sanglante. Et pourtant il nous a été très difficile d'acquérir une notion précise de l'envahissement ganglionnaire, de sa fréquence, de sa date moyenne d'apparition, de l'unilatéralité ou de bilatéralité de l'adénopathie tant par la lecture de nos 147 observations que par celle des auteurs. Nous essaierons cependant de préciser les quelques conclusions qui semblent se dégager de cette étude.

Nos observations se divisent à cet égard en deux catégories.

Dans 35 d'entre elles sur les 147 il n'est fait nulle mention de l'état des ganglions.

Dans les 112 cas qui forment notre seconde catégorie d'observations, l'état des ganglions est indiqué.

Ces 112 cas se décomposent de la façon suivante. Nous ne parlons d'abord que des ganglions inguinaux.

70 fois le cancer s'accompagnait d'une adénopathie cancéreuse qui fut 17 fois unilatérale et 53 fois bilatérale. Il importe cependant de faire remarquer ici que si le plus souvent le *diagnostic clinique* d'adénopathie cancéreuse fut vérifié ensuite par l'autopsie, l'examen histologique, ou l'évolution même de la métastase ganglionnaire, il est d'autre part un assez grand nombre de cas où l'auteur ne donne pas de preuve réelle et convaincante de la nature véritablement néoplasique de cette adénopathie.

Dans 10 cas (3 fois unilatéralement, obs. de Mores-tin, par exemple) (7 fois bilatéralement, notre obs. personnelle par exemple), il s'agissait d'une adénopathie purement inflammatoire. Ici au contraire la nature bénigne de l'hypertrophie ganglionnaire est certaine. Elle a été vérifiée en effet dans tous les cas, soit par l'examen histologique, soit par l'évolution même de l'adénopathie qui a régressé ou même disparu après l'ablation du cancer clitoridien.

Dans 31 cas enfin les ganglions inguinaux sont signalés comme étant sains. Mais ici il est de la plus haute importance de noter que ce diagnostic d'intégrité ganglionnaire est purement clinique dans le plus grand nombre des cas, ne s'appuyant même que sur un seul, rarement deux ou plusieurs examens espacés de la

malade. Beaucoup d'auteurs ne donnent aucun renseignement sur les résultats éloignés de leur traitement, et quand ils parlent de récurrence se contentent souvent de signaler celle-ci sans dire si elle fut locale ou ganglionnaire.

Jusqu'ici nous n'avons, à dessein, parlé que des ganglions inguinaux. 4 fois seulement en effet dans nos observations il est fait mention des *ganglions pelviens* qui, fait à noter, étaient les 4 fois envahis par le néoplasme, 1 fois d'un seul côté, et 3 fois bilatéralement. Ce silence presque complet sur l'état des ganglions pelviens et en particulier des ganglions rétro-cruraux, cette abstention presque générale de leur recherche et de leur exploration nous a profondément surpris.

En effet les ganglions rétro-cruraux externe et interne constituent avec les ganglions inguino-cruraux et à l'égal de ceux-ci les véritables ganglions régionaux du clitoris, comme nous nous réservons de le dire plus loin en y insistant dans un article de rappel anatomique des troncs lymphatiques et des ganglions du clitoris que nous avons cru préférable d'annexer au traitement des épithéliomas de cet organe.

Il est encore une notion que nous aurions voulu tirer de la lecture des observations, c'est celle de la *date approximative de l'envahissement des ganglions* par le néoplasme.

Ici encore malheureusement il nous semble difficile de conclure.

Un certain nombre d'observations ne portent pas la

date du début des accidents ni l'âge de la tumeur. Presque tous les auteurs d'autre part qui signalent ce début se contentent de dire « début apparent à telle date ou il y a tant de mois ». Ils ont en cela du reste absolument raison, tant sont nombreuses les malades qui malgré un interrogatoire précis ne peuvent que très approximativement préciser la date d'apparition de leurs accidents, de leur tumeur, ou même ne s'aperçoivent de la présence de celle-ci que lorsqu'elle est déjà ancienne, volumineuse, ou ulcérée, ce qui n'est d'ailleurs pas toujours une raison pour qu'alors elles aillent aussitôt consulter un médecin et se soumettre au traitement.

Si maintenant nous consultons les auteurs qui ont écrit sur les cancers de la vulve et du clitoris en particulier, nous voyons qu'ils ont des opinions très diverses et souvent divergentes sur la question du retentissement ganglionnaire.

Au point de vue de la *fréquence de l'adénopathie* l'accord semble fait et presque tous les auteurs sont d'avis que l'adénopathie est de règle ou au moins très fréquente, Polaillon Dittrick en particulier. Seul à notre connaissance Biétrix écrit que le retentissement ganglionnaire n'est pas constant.

Les divergences sont au contraire très marquées à propos de *l'époque d'apparition de l'adénopathie*. Bordères, Louradour, Dauriac, Teller la croient assez tardive, Biétrix également, bien qu'il dise aussi que parfois la formation des métastases ganglionnaires peut être très rapide précédant l'ulcération.

Faure et Siredey, Dittrick, Mauxion, Stœckel, Senn cité par Balloch, sont d'avis qu'elle est précoce. Esnault écrit que pour lui dans les cancers clitoridiens ou juxtaclitoridiens l'adénopathie est précoce, rapidement bilatérale et souvent intrapelvienne. Kreiss de Bâle note la formation de métastases existant déjà anatomiquement alors qu'aucun signe ne vient les révéler. Küstner dit que dans tous les cas les troncs lymphatiques sont envahis de bonne heure par le cancer jusqu'au premier relai ganglionnaire. Goldschmidt est d'avis que pour les cancers se développant vers la profondeur les ganglions sont infectés dans la moitié des cas avant l'ulcération de la tumeur.

Pour ce qui est de la *localisation de l'adénopathie* de nombreux auteurs, en particulier Louradour, Dauriac, Polaillon, Faure et Siredey, Dittrick, Goldschmidt, ne parlent absolument que des ganglions inguinaux. Mais en revanche, et contrairement à ce que nous avons constaté plus haut par la lecture des observations, assez nombreux sont ceux qui parlent des ganglions iliaques et signalent la métastase cancéreuse à leur niveau. Boyer dit que si l'infiltration a gagné en profondeur, ces ganglions auront de grandes chances d'être pris. Blümcke signale l'importance de leur exploration. Esnault insiste sur ce fait que les cancers clitoridiens ou juxtaclitoridiens provoquent dès leur début une adénopathie inguinale bilatérale et vont même parfois jusqu'aux ganglions intrapelviens. Stœckel parle aussi des ganglions iliaques ainsi que Senn. P. Petit et Weit cité pour Maucclairé précisent même encore davantage

et disent que les cancers du clitoris se propagent non seulement aux ganglions inguinaux superficiels et profonds, mais aussi aux ganglions rétro-cruraux externe et interne.

Enfin plusieurs auteurs, en particulier Esnault, Goldschmidt, Boyer attirent l'attention sur la *bilatéralité de l'adénopathie* dans les cancers du clitoris ou juxtaclitoridiens. A leur avis cette bilatéralité est la règle.

Pour nous, nous pouvons en manière de conclusion à ce chapitre formuler notre opinion de la manière suivante : « Dans les cancers du clitoris et du capuchon clitoridien l'*adénopathie cancéreuse* doit être regardée comme *constante*, au moins au bout d'un temps relativement court (6 mois en moyenne et peut-être même moins) après le début apparent de la maladie marqué par la constatation de la tumeur. C'est donc une adénopathie *précoce*. Elle est en outre le plus souvent sinon presque toujours *bilatérale*. Cette adénopathie enfin frappe en même temps ou successivement selon la localisation initiale de la néoplasie au capuchon ou au gland du clitoris les *ganglions inguino-cruraux superficiels et profonds et les ganglions rétro-cruraux externe et interne.* »

SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie du cancer primitif du clitoris semble être à la fois assez constante et assez particulière.

De la lecture des observations il résulte que l'attention de la malade est attirée le plus ordinairement soit par des *démangeaisons* fréquentes et tenaces qui la tourmentent, mais ne sont pas douloureuses, au moins au début, un *prurit* intense et parfois presque continu qui la pousse à se gratter sans cesse, soit par des *cuissons* au niveau de la région vulvaire, des *douleurs* aux aines et aux cuissés.

A côté de ces deux symptômes fonctionnels du début qui peuvent d'ailleurs parfois précéder de fort longtemps les autres il en est qui surviennent à une période plus avancée de la maladie. C'est d'abord la légère *hémorragie* ou les quelques gouttes de sang qui teintent le linge, lorsque la tumeur s'ulcère soit par son évolution naturelle, soit par les grattages répétés que provoque le prurit vulvaire.

C'est ensuite le *suintement* permanent d'un liquide rosé qui est la conséquence de l'ulcération. Ce liquide, légèrement fétide, s'écoulant sur les cuisses y provo-

que un érythème bientôt suivi d'excoriations douloureuses et incapables de guérir en raison même du contact permanent du liquide.

Les *rapports sexuels* sont difficiles et deviennent même impossibles, non seulement à cause de la douleur, mais par suite des hémorragies qu'ils provoquent.

Les *mictions* sont également douloureuses surtout à la fin, lorsque les dernières gouttes d'urine restent en contact avec l'ulcération.

La *marche*, par suite, devient difficile. Il faut que la malade évite de rapprocher les cuisses qui sont excoriées ; le contact de l'ulcération avec les grandes lèvres provoque également des douleurs en ceinture, dans les cuisses et aux plis de l'aîne qui, dans certains cas, constituent le symptôme de début.

A l'examen de la région malade, on observe les *lésions suivantes*. C'est tantôt une plaque dure, hypertrophiée, siégeant sur le clitoris, tantôt une tumeur verruqueuse, pouvant aller de la grosseur d'un pois au volume d'une petite pêche. D'autres fois on observe une série de petites tumeurs fongueuses, offrant l'aspect d'un chou-fleur. C'est la période de début de la tumeur où la malade ne s'aperçoit malheureusement pas toujours de son affection, ou bien n'ose pas consulter un médecin.

Lorsque l'ulcération apparaît, le liquide sécrété, se dépose sur la plaie et y forme des croûtes brunâtres qui tombent d'elle-mêmes ou sont arrachées par la malade. Puis ces croûtes ne peuvent plus recouvrir l'ul-

cération qui s'accroît, et l'on voit le fond de la plaie se creuser et gagner sur les parties saines, ou au contraire, bourgeonner et arriver à la forme exubérante, papillomateuse, fongueuse.

Les bords de l'ulcération sont découpés, saillants, irréguliers, infiltrés d'œdème, indurés, et, souvent entourés d'une zone largement et profondément infectée.

Le plus souvent aussi on trouve sur les bords de la plaie et dans le voisinage des plaques leucoplasiques.

Telle est la symptomatologie locale du cancer primitif du clitoris.

Mais il est encore un point d'une importance capitale, c'est l'état des ganglions.

Un certain nombre d'auteurs, nous avons déjà insisté sur ce fait, ne parlent même pas des ganglions dans leurs observations; or en matière de cancer la recherche des ganglions étant une règle de conduite formellement suivie par tous et depuis fort longtemps cette absence de notation de l'état des ganglions pourrait faire croire que, assez souvent, du moins immédiatement après l'apparition du néoplasme, les ganglions ne sont pas hypertrophiés, ne sont pas *cliniquement* envahis. Mais ce n'est pas du tout une règle absolue, et pratiquement on devra toujours chercher des deux côtés une adénopathie souvent difficile à sentir, surtout pour les ganglions rétrocruraux.

Dans quelques cas tout à fait au début et très rares en pratique croyons-nous, on pourra ne rien trouver ni dans l'aîne, ni dans la fosse iliaque, mais l'adénopathie devient plus fréquente à mesure que l'affection est de

date plus ancienne et au bout de quelques mois il est de règle de la trouver. Du reste, ce que l'on trouvera dans le triangle de Scarpa et dans la partie tout antérieure de la fosse iliaque interne ce sera tantôt des ganglions plus ou moins gros mais durs, mobiles, bien isolés, absolument indolents, nettement cancéreux, tantôt et plus rarement une adénopathie à caractères franchement inflammatoires lorsque le cancer sera largement ulcéré et infecté, tantôt enfin une adénopathie de nature douteuse avec des ganglions augmentés de volume mais un peu ramollis, douloureux et entourés d'une périadénite légère. Plus tard le processus s'étend peu à peu aux parties environnantes, au méat urinaire d'abord, provoquant des troubles de la miction, douleurs, puis incontinence réflexe d'urine, — le mélange de l'urine et du liquide sécrété par l'ulcération prend alors une odeur fétide qui rend l'affection encore plus insupportable.

Puis la tumeur atteint les petites lèvres et les grandes lèvres, dont la face cutanée reste le plus souvent indemne. La néoplasie peut se propager tardivement au vagin, au périnée, à l'anus.

Enfin la propagation peut se faire aux os, aux branches ischio-publiennes surtout, par l'intermédiaire des corps caverneux du clitoris qui viennent s'y insérer.

En même temps que le cancer clitoridien envahit les régions voisines, les ganglions augmentent de volume des deux côtés et propagent à leur tour l'infection néoplasique. Ils peuvent aussi s'ulcérer vers la peau et

comme l'a signalé Tédénat, se transformer en une large surface cancéreuse ulcérée.

Enfin, la généralisation cancéreuse peut survenir, et les ganglions éloignés, les viscères sont atteints par métastase. A cette période et même avant, la malade est dans le marasme le plus complet. L'état général est très mauvais et la cachexie cancéreuse vient ajouter ses dangers à ceux de l'embolie et de la phlébite.

La mort survient le plus souvent par cachexie, quelquefois par le fait d'une complication, métastases, phlébite et embolie, péritonite due à une adénopathie à la fois cancéreuse et inflammatoire des ganglions iliaques, ou ulcération des vaisseaux perforés par les ganglions néoplasiques comme dans le cas de Leech.

ÉVOLUTION. — PRONOSTIC.

Il est très difficile de dire quelle est la durée de l'évolution du cancer clitoridien.

En effet, le début de l'affection passe très souvent inaperçu surtout lorsque le cancer se greffe sur une leucoplasie vulvaire préexistante et les malades elles-mêmes ne donnent souvent à cet égard que des renseignements fort peu précis. Quant à la tumeur, dans un grand nombre de cas, ce n'est qu'à une période déjà avancée de son évolution que le chirurgien est amené à la constater.

Quelle que soit la durée de l'évolution, le pronostic est fatal et à brève échéance dès que le néoplasme ex-ulcéré, si l'on n'intervient pas chirurgicalement. Dans ce cas, la survie oscille entre 2 et 3 ans après l'apparition de l'ulcération (Pozzi), entre 6 et 15 mois (Schmid-lechner).

Le pronostic semble du reste demeurer très sombre même après la mise en œuvre du traitement chirurgical. C'est du moins l'opinion générale qui règne actuellement chez les auteurs.

Pour Boni et Dauriac la récurrence a presque toujours lieu. Pour Mac Cann les résultats sont mauvais et il en

accuse les opérations presque toujours jusqu'ici incomplètes ou trop tardives. Pour Stœckel ils sont médiocres, malgré l'éradication systématique des ganglions lymphatiques régionaux et de leurs voies d'apport (notons du reste que S. ne parle ici que des ganglions inguinaux). D'après Dittrich et Biéatrix la récurrence est à peu près inévitable. Esnault est encore plus pessimiste. A son avis les résultats du traitement chirurgical sont décourageants et après l'opération la récurrence est fatale sur place ou dans les ganglions, malgré les plus larges ablations.

Nous estimons d'ailleurs que cette opinion est nettement exagérée. Il y a du reste des contradictions dans la thèse d'Esnault car dans ses conclusions il écrit résultats précaires au lieu de pronostic très grave et récurrence dans 50 à 60 pour 100 des cas au lieu de récurrence fatale. C'est tout différent !

Voici quelques statistiques relevées par nous dans la littérature. Fileux trouve que sur 13 épithéliomas de la vulve opérés, 11 ont dépassé 2 ans de survie sans récurrence. D'après Gaertner, sur 69 épithéliomas de la vulve opérés par ablation de la tumeur seule, 32 ont récidivé, et sur 14 opérés par ablation de la tumeur et des ganglions inguinaux 7 ont récidivé. — Schmidlechner ne relevant que les cas de cancer du clitoris trouve que sur 40 opérés, 2 moururent après 18 mois, une après 3 ans, et une après 5 ans sans récurrence.

L'étude des 147 observations que nous rapportons ci-après nous a donné les résultats suivants :

Dans 64 cas, l'observation ne fait aucune mention

du résultat éloigné et n'indique pas si la malade est morte ou vivante. Encore faut-il noter que parmi ces 64 malades un grand nombre ayant été opérées ont vu survenir des récidives pour lesquelles certaines furent ensuite réopérées sans que le résultat final soit indiqué du reste.

Dans les 83 observations qui restent ce renseignement nous est fourni et le détail des résultats est le suivant :

7 malades sont mortes sans avoir été opérées.

76 malades ont été opérées.

Sur ces 76 malades opérées :

5 sont mortes mais non de récurrence.

4 sont mortes sans que la cause de la mort nous soit connue.

20 sont guéries et vivantes, parmi lesquelles un certain nombre ont dû être réopérées pour des récidives locales ou ganglionnaires.

47 sont mortes de récidives ou de généralisation.

14 fois l'observation porte « récurrence » sans plus.

6 fois il s'agit de récurrence locale.

9 fois de récurrence ganglionnaire.

12 fois de récurrence à la fois ganglionnaire et locale.

6 fois de généralisation.

Si nous ne tenons compte pour établir le pourcentage que des 76 malades opérées nous obtenons environ 26,3 pour 100 de guérison définitive.

61,8 pour 100 de mort par récurrence ou généralisation. Actuellement donc cette dernière éventualité est de beaucoup la plus fréquente, plus de deux fois plus

fréquente que la guérison définitive et encore celle-ci n'est-elle obtenue dans un certain nombre de cas qu'au prix de plusieurs opérations successives.

Pour ce qui est de la date d'apparition de la récurrence après l'opération, du temps écoulé entre l'opération et la mort et de la durée totale de la maladie depuis son début apparent jusqu'à la mort nous donnons ci-joint, à titre de renseignement approximatif, trois tableaux publiés par Björkqvist et complétés par quelques-unes de nos observations.

I. — Tableau donnant la date de la récurrence locale ou ganglionnaire après l'opération.

AUTEURS	APPARITION DE LA RÉCURRENCE locale ou ganglionnaire.	AUTEURS	APPARITION DE LA RÉCURRENCE locale ou ganglionnaire.
Engström. . .	3 mois — 7 mois.	Brindel. . . .	3 mois.
Engström. . .	8 mois.	Leech.	14 mois 1/2.
Percheron. . .	4 mois.	Jacobs.	7 mois.
Verneuil. . . .	2 mois.	Goffe.	3 mois.
Lehmann. . . .	4 mois — 12 mois.	Koppert.	2 mois.
Simmons. . . .	16 mois.	I. Amitin. . . .	17 mois 1/2.
Olshausen. . . .	2 mois — 15 mois.	Perruchet. . . .	17 mois.
Richet.	2 mois.	Schmidlechner..	1 an.
Riedinger. . . .	24 mois.	Fileux.	6 mois.
Blümcke.	1 mois.	Bertino.	10 mois.
Blümcke.	10 mois.	Jacoby.	14 mois.
Schwarz.. . . .	6 mois.	Jacoby.	5 mois.

Soit une moyenne de 7 mois 1/2 environ.

II. — Tableau donnant la durée du temps écoulé entre l'opération et la mort.

AUTEURS	TEMPS ÉCOULÉ ENTRE l'opération et la mort.	AUTEURS	TEMPS ÉCOULÉ ENTRE l'opération et la mort.
Engström. . .	13 mois.	Leech. . . .	1 an et 8 mois.
Engström. . .	1 an.	Jacobs. . . .	8 mois.
Hutchinson..	10 mois.	Koppert.. . .	1 an et 10 mois.
Percheron. . .	2 ans et 1 mois.	Koppert.. . .	5 mois.
Verneuil. . .	7 mois.	Koppert.. . .	7 mois.
Hirigoyen. . .	1 an.	Koppert.. . .	1 an.
Leprévost. . .	6 mois.	Perruchet. . .	20 mois.
Blümcke. . .	1 an et 9 mois.	Schmidlechner..	1 an et 4 mois.
Merkle. . . .	2 mois 1/2.	Fileux. . . .	7 mois.
Schwarz.. . .	11 mois 1/2.	Bertino. . . .	10 mois.
Brindel. . . .	3 mois.	Olshausen. . .	8 mois.
Soit une moyenne de 11 à 12 mois.			

III. — Tableau donnant le temps total de la durée de la maladie depuis le début jusqu'à la mort.

AUTEURS	TEMPS TOTAL	AUTEURS	TEMPS TOTAL
Engström. . .	2 ans.	Brindel. . . .	7 mois.
Engström. . .	17 mois.	Deschamps. . .	3 mois 1/2.
Hutchinson..	16 mois.	Jacobs. . . .	1 an.
Boivin et Dugès.	2 ans.	Koppert.. . .	33 mois.
Mayer. . . .	2 ans.	Koppert.. . .	9 mois.
Mayer. . . .	7 mois.	Koppert.. . .	11 mois.
Verneuil. . .	19 mois.	Koppert.. . .	2 ans.
Hirigoyen. . .	19 mois.	Perruchet. . .	2 ans.
Leprévost. . .	1 an.	Schmidlechner..	2 ans 4 mois.
Blümcke. . .	2 ans et 1 mois.	Fileux. . . .	1 an.
Merckle. . . .	5 mois 1/2.	Bertino. . . .	15 mois.
Schwarz.. . .	14 mois.	Olshausen. . .	15 mois.
Soit une moyenne de 16 à 17 mois.			

En définitive, en l'absence du traitement chirurgical, non seulement le pronostic est fatal comme nous le disions plus haut mais il l'est encore à brève échéance et si on ne considère que les cas opérés, la proportion de 61,8 pour 100 de récidives ayant entraîné la mort est certainement encore considérable. Cependant pour bien d'autres cancers la proportion de décès, à plus ou moins longue échéance après l'opération, est au moins aussi forte et souvent même plus élevée. D'autre part un très grand nombre de ces malades ont été opérées tard, trop tard, ou d'une façon insuffisante soit que l'exérèse ganglionnaire n'ait pas été faite, ou qu'elle ait été pratiquée d'une manière insuffisante en raison de l'absence d'extirpation des ganglions rétro-cruraux, pourtant si importants à enlever à notre avis.

A cet égard Stœckel, nous l'avons vu, est du même avis que nous.

Nous croyons donc qu'il est parfaitement légitime d'espérer que le pronostic du cancer du clitoris pourra être véritablement amélioré par une intervention chirurgicale plus précoce consistant en une extirpation plus large et surtout étendue systématiquement comme nous le proposerons à tout le territoire lymphatique et ganglionnaire du clitoris.

Il est en effet très intéressant et très important de remarquer que *la récidive ganglionnaire est notablement plus fréquente que la récidive locale*. C'est déjà l'avis de Biétrix.

Dittrich dans les cancers de la vulve trouve que sur 32 cas où la tumeur seule fut enlevée il y eut 9 réci-

dives locales pures contre 23 récidives ganglionnaires ou ganglionnaires et locales.

Sur 22 cas où les ganglions furent enlevés en même temps que la tumeur, il y eut encore 13 récidives ganglionnaires ou ganglionnaires et locales contre 9 récidives purement locales.

Quant à Gaertner cité par Esnault il trouve que les récidives se font dans 70 pour 100 des cas dans les ganglions, tantôt simplement dans les ganglions inguinaux, tantôt à la fois dans ceux-ci et dans les ganglions intra-pelviens. Nous-mêmes avons trouvé également en proportion nettement prédominante les cas où les ganglions sont pris dans la récidive post-opératoire.

Enfin notre espoir de voir s'améliorer le pronostic du cancer du clitoris après intervention chirurgicale nous semble justifié par la proportion très encourageante à notre avis de 20 pour 100 de guérisons définitives obtenus par des opérations qui ont toujours été beaucoup plus restreintes que celle que nous proposons.

DIAGNOSTIC

Lorsqu'on se trouve en présence d'une tumeur non ulcérée du clitoris, le diagnostic peut hésiter entre un épithélioma ou un sarcome au début, une tumeur bénigne, un kyste, un papillome dont le cancer prend souvent à ce stade l'aspect macroscopique.

On reconnaîtra une *tumeur bénigne* à son aspect, à l'absence d'induration, à la tendance plus ou moins marquée à se pédiculiser, à la limitation exacte de la tumeur et de la base d'implantation de son pédicule ; un *kyste* à sa mollesse et parfois à sa fluctuation ; les *papillomes* à leur multiplicité presque constante.

Le *sarcome* apparaît chez des sujets plus jeunes que le cancer. Il est absolument rarissime. La tumeur est molle, pseudo-kystique.

Dans tous ces cas on ne rencontrera pour ainsi dire jamais de leucoplasie vulvo-vaginale coexistante.

En présence d'une *tumeur ulcérée* on peut songer au chancre mou, au chancre syphilitique, à la syphilis secondaire ou tertiaire, à l'ulcération tuberculeuse, à l'esthiomène de la vulve, à la leucoplasie simple.

Chancre mou. — L'âge des malades — les commé-

moratifs serviront de guide. On se basera en outre sur la multiplicité très fréquente, sur la marche aiguë, l'adénopathie très précoce et le plus souvent supprimée, l'absence d'induration.

Chancres syphilitiques. — Il simule assez bien le cancer ulcéré, mais il est peu suintant, plus superficiel, c'est une exulcération. Il s'accompagne d'un engorgement ganglionnaire précoce, enpléiade, caractéristique et est suivi à plus ou moins longue échéance des autres accidents de la syphilis.

Syphilis secondaire et tertiaire. — Elle se localise exceptionnellement sur le clitoris. On sera aidé ici par les commémoratifs, l'absence de ganglions et l'aspect particulier de l'ulcération dans le cas de gomme ouverte. Le traitement spécifique, à la condition de le faire intense et court, sera d'un bon secours pour le diagnostic. Enfin la réaction de Wassermann fournira de précieux renseignements bien que le cancer, surtout quand il est accompagné de leucoplasie, semble se développer assez souvent chez des syphilitiques.

Ulcère tuberculeux. — Il est excessivement rare ici, et s'accompagne toujours d'autres lésions et ulcérations tuberculeuses vulvaires.

Esthiomène. — L'aspect de l'ulcération est ici un peu particulier. Il n'y a pas d'induration, l'aspect est blanchâtre, semblable à une lésion cicatricielle. On voit sur les bords des brides cicatricielles, indices de la marche

indécise de l'affection, de ses alternatives d'extension et de réparation. Enfin il n'y a pas d'adénopathie.

Leucoplasie vulvaire. — On peut dire qu'il n'y a pas à faire ici de diagnostic différentiel, si on admet avec Le Dentu, Pichevin, Pettit que la leucoplasie n'est souvent que le premier stade du cancer. Ce qu'il faut c'est dépister et diagnostiquer au plus tôt cette transformation maligne.

Ici donc, comme dans d'autres cas où on pourrait soupçonner par exemple la dégénérescence cancéreuse d'une tumeur bénigne préexistante et plus encore que dans ces cas là, l'examen microscopique d'un fragment de la tumeur acquiert une importance capitale, et bien souvent la biopsie restera, en définitive, le seul bon moyen de faire un diagnostic ferme et précoce, c'est-à-dire utile.

Il est d'autre part un fait extrêmement important à noter au point de vue du diagnostic différentiel entre le cancer ulcéré ou non et les diverses affections citées plus haut, avec lesquelles on pourrait le confondre. C'est au cours de celles-ci la rareté de l'adénopathie que l'on ne rencontre en effet qu'en cas de chancre mou ou induré. Encore présente-t-elle alors des caractères très particuliers, adénite suppurée en général dans le chancre mou, adénopathie en pléiade avec un gros ganglion et plusieurs petits dans le chancre syphilitique.

La constatation nette de l'adénopathie, surtout si elle présente des caractères néoplasiques, est donc un signe capital en faveur du cancer.

Mais un autre intérêt non moins grand s'attache au moins théoriquement à la recherche et à l'étude attentive de cette tuméfaction des ganglions dans les régions inguino-crurales et rétrocrurales. On peut en effet se demander s'il est possible de faire par le simple examen et le palper la différence entre des ganglions seulement inflammatoires accompagnant un cancer du clitoris ulcéré (et les examens histologiques ont montré, nous l'avons vu, qu'il pouvait y en avoir — cas personnel par exemple) et des ganglions hypertrophiés cancéreux. Nous n'avons pas besoin de dire l'importance considérable qu'a, au point de vue opératoire et de la nécessité de leur extirpation, ce diagnostic de l'état des ganglions. Cependant on trouvera tantôt des ganglions gros, mais durs, isolés, mobiles, absolument indolents, franchement cancéreux, tantôt une adénopathie ayant tous les caractères d'un adénophlegmon véritable. Mais il y a des cas mixtes où les caractères inflammatoires coexistent avec les caractères néoplasiques et où le diagnostic sera toujours très difficile. D'autre part des ganglions gros mais probablement non néoplasiques sont peut-être sur le point de le devenir. Les traînées de cellules cancéreuses ont pu en même temps que les microbes se propager déjà le long des troncs lymphatiques et des ganglions peuvent être en imminence d'envahissement cancéreux.

Somme toute, nous croyons que les ganglions dès qu'ils ne seront plus tout à fait normaux devront être tenus pour suspects et même qu'en pratique il n'y aura pas lieu de s'attarder au diagnostic superflu et souvent

douteux de l'état des ganglions. Le diagnostic de cancer du clitoris avec ou sans adénopathie doit à notre avis entraîner comme conséquence thérapeutique immédiate l'extirpation large et complète à la fois de la tumeur avec les tissus voisins, et des territoires lymphatiques et ganglionnaires du clitoris, le tout en une masse continue.

C'est là la conduite que nous conseillerons.

TRAITEMENT

En présence d'un épithélioma du clitoris dûment diagnostiqué, et en l'état actuel de la chirurgie nous avons vu quel traitement s'impose : l'extirpation de la tumeur des lymphatiques et des ganglions. Les seules contre-indications opératoires seraient celles tirées d'une extension locale par trop considérable, ou d'un envahissement ganglionnaire lointain qui rendrait impossible l'ablation totale de la tumeur et du territoire lymphatique envahi, ou nécessiterait des délabrements énormes, et à fortiori de l'état de cachexie de la malade révélant la généralisation.

Indications du traitement chirurgical opératoire.

En lisant les diverses observations que nous avons rassemblées nous avons été frappé par plusieurs points. Dans de nombreux cas, il est spécifié qu'on n'a pas trouvé de ganglions augmentés de volume (Perruchet, Soubougyn, Schmidlechner, cas 1, Soubeyran et Bosc, Fileux, Roberts, cas 1, Neuhaus), ou que ces ganglions

étaient peut-être un peu douteux (Faguet). Lovritch, Léger, Roberts, cas 2, Day, d'autre part ne parlent pas du tout des ganglions, ce qui permet de supposer qu'ils ne devaient pas être volumineux et que, ni la malade, ni les auteurs n'ont noté leur hypertrophie. Ceci nous permet de comprendre pourquoi dans un certain nombre de cas, tels que ceux que nous venons de citer, on n'a enlevé que la tumeur seule sans extirper les ganglions, même lorsque ceux-ci étaient franchement hypertrophiés, comme dans le cas de Hirigoyen, ou douteux comme dans le cas de Faguet.

Morestin, Brindel et plusieurs autres au contraire ont enlevé en même temps que la tumeur les ganglions qui étaient hypertrophiés. Et cependant la récurrence ganglionnaire et la généralisation sont fréquemment notées dans les cas où les malades ont été suivies et revues (Perruchet, Brindel, Schmidlechner, Fileux, Léger, Hirigoyen).

Pour ce qui est des ganglions pelviens on ne s'en est occupé opératoirement dans aucun cas de cancer de la vulve ou du clitoris sauf chez une malade (dont l'observation n'est pas publiée) qui fut opérée en 1907 à la maison Dubois par M. Mauclair qui avait du reste déjà pratiqué antérieurement l'évidement lymphatique inguino-iliaque chez un homme atteint de dégénérescence néoplasique des ganglions dix ans après l'ablation de verrues du sommet de la verge.

La lecture des divers auteurs nous a également révélé de profondes divergences entre leurs opinions respectives et les règles de conduite qu'ils formulent pour

le traitement chirurgical des cancers de la vulve et du clitoris.

Certains poussent l'abstention jusqu'à ne même pas enlever les ganglions. Dieffenbach, Hildebrandt (cités par Dittrick) pensent d'ailleurs que les malades sont inopérables dès que les ganglions sont gros. Winckel (cité par Dittrick) s'abstient parce qu'il estime que cette exérèse ganglionnaire est grave vu l'âge généralement avancé des malades, et il se contente d'enlever la tumeur. D'après lui cette ablation est du reste satisfaisante, car il l'emploie même dans les cas où existe une adénopathie, qui, si on l'en croit, rétrocéderait après un tel traitement.

Dauriac se borne à dire qu'il faudra toujours enlever les ganglions dégénérés.

Bordères et Louradour vont un peu plus loin et conseillent l'ablation des ganglions dès que leur intégrité est tant soit peu douteuse. Teller, Hartmann, Mauxion, Blümcke et avec lui Müller, Benike, Gonner, Hœckel qu'il cite sont du même avis et préconisent la même conduite opératoire. Les derniers insistent en plus sur la nécessité qu'il y a à enlever les ganglions cruraux profonds en même temps que les inguinaux superficiels.

Il est d'autre part d'autres auteurs qui voient dans l'ablation ganglionnaire une indication formelle et un temps opératoire qu'il faut pratiquer systématiquement dans tous les cas. Tel est l'avis de Rüpprecht, Lutzenberger, Grünbaum, Gartner (cités par Teller) et de Küstner, quoique celui-ci ne soit pas absolument caté-

gorique, contrairement à Goldschmidt, partisan convaincu de l'exérèse ganglionnaire systématique.

Faure et Siredey, Mac-Cann, Döderlein (cité par Teller) préconisent également cette méthode et veulent même que cette ablation systématique des ganglions inguino-cruraux soit faite dans les deux régions inguinales. De même Esnault, Kreiss, Boyer, Biéatrix.

Les derniers auteurs dont nous rapportons l'opinion parlent des ganglions pelviens, rétrocruraux. Mais si Boni parle de ceux-ci c'est pour déconseiller leur extirpation qui, dit-il, rendrait l'opération trop difficile et trop grave. Balloch, P. Petit, Stœckel sont d'un avis contraire et conseillent nettement l'ablation systématique de tous les ganglions dont l'envahissement est possible dans le cancer du clitoris et en particulier des ganglions pelviens. Pour Mauclair il faut faire l'évidement bilatéral des deux régions inguino-crurales superficielles et profondes et aussi de la fosse iliaque car les anastomoses lymphatiques sont telles que les deux voies lymphatiques latérales sont infectées dès le début et l'infection profonde iliaque peut être aussi marquée que l'infection superficielle inguino-crurale.

Pour nous c'est à cette dernière opinion que nous nous rallions sans hésiter. Il n'y a en effet, nous semble-t-il, aucune raison pour ne pas appliquer au clitoris les indications et les règles de traitement chirurgical opératoire actuellement admises en matière d'extirpation de cancers avec les ganglions dont l'infection néoplasique immédiate est possible, et nous croyons que l'extirpation des cancers primitifs du clitoris doit être

accompagnée systématiquement d'une exérèse ganglionnaire comprenant les ganglions inguino-cruraux et les ganglions rétrocruraux des deux côtés.

Technique opératoire.

Avant d'aborder la description de la technique opératoire que nous conseillons, nous avons cru d'abord devoir placer en tête de ce chapitre un rappel anatomique des troncs lymphatiques collecteurs du clitoris et des ganglions auxquels ils se rendent. L'utilité de ce paragraphe nous paraît justifiée par l'importance que nous avons donnée dans les chapitres précédents à l'étude des adénopathies dans le cancer du clitoris et par l'opinion que nous venons d'exprimer sur la nécessité de leur extirpation systématique, bilatérale et complète.

Les travaux des anatomistes, ceux de Sappey, de Bruhns, dans les *Archives für Anat. u. Physiol.* de 1898, les recherches de Poirier, celles de Cunéo et Marcille présentées en 1900 à la Société anatomique de Paris, nous enseignent que les lymphatiques du clitoris se rendent à des groupes ganglionnaires différents, mais voisins les uns des autres.

D'après ces auteurs les *lymphatiques du capuchon* se rendent aux ganglions inguinaux superficiels comme les autres lymphatiques de la vulve et par conséquent surtout au groupe supéro-interne.

Pour ce qui est des *lymphatiques du gland* du clito-

ris, leur réseau d'origine donne naissance à plusieurs collecteurs qui cheminent sur la face dorsale du clitoris et arrivent devant la symphyse où ils s'anastomosent. Ils forment là un réseau présymphysien dans lequel en général, on peut voir de petits ganglions et d'où partent les troncs lymphatiques, qui vont en général aux ganglions du même côté, mais souvent se rendent à des ganglions de la moitié opposée du corps, ce qui aura une importance capitale au point de vue chirurgical.

De ce plexus partent deux ordres de collecteurs.

L'un de ces vaisseaux s'engage dans le canal inguinal et se termine dans le ganglion rétrocrural externe ; le vaisseau, ordinairement placé au-dessous du ligament rond, peut présenter sur son trajet un petit nodule ganglionnaire interrupteur. D'autres troncs se portent directement au dehors, gagnent la racine de la cuisse en passant transversalement devant le muscle moyen adducteur près de son origine pubienne et se terminent dans un ganglion inguinal profond, dans le ganglion de Cloquet et dans le ganglion rétrocrural interne.

Nous voyons donc en somme qu'il existerait en quelque sorte deux pédicules lymphatiques partant du clitoris.

L'un, le *pédicule supérieur* que l'on pourrait appeler pédicule du ligament rond, accompagnant celui-ci dans son trajet inguinal, se rendrait au plus antérieur et au plus externe des ganglions voisins de l'artère iliaque externe, le ganglion rétrocrural externe.

L'autre, *pédicule inférieur*, se rendrait directement

en dehors aux ganglions inguinaux d'abord, superficiels et profonds situés en dedans de la veine, puis gagnerait le long de celle-ci le ganglion de Cloquet et le ganglion rétrocural interne.

Les ganglions cruraux et rétrocruraux représenteraient donc les véritables ganglions régionaux du clitoris.

Ne voulant pas nous en tenir seulement aux données fournies par les divers anatomistes et que nous venons de rapporter, nous avons tenu à entreprendre par nous-même, à l'école pratique et dans le laboratoire de M. le Pr Nicolas, que nous remercions ici de sa bienveillance, une série de recherches destinées sinon à modifier les notions classiques, du moins à vérifier leur exactitude.

Ces recherches ont été faites par nous suivant la technique de Gerota légèrement modifiée, en poussant des injections colorées, dans les lymphatiques superficiels et profonds du clitoris, gland et capuchon. Elles ont porté sur 10 cadavres de fœtus d'âge variable, ou d'enfants nouveau-nés.

Disons tout de suite que dans tous les cas nous avons toujours vu l'injection passer d'une façon plus ou moins complète et étendue, dans les lymphatiques et les ganglions des deux moitiés droite et gauche du corps, ce qui nous permet de rapporter à 20, pour ce qui est de leur fréquence, les résultats que nous avons obtenus au point de vue de l'injection des ganglions en particulier. Tout d'abord il importe de faire remarquer que d'une façon générale, nos recherches person-

nelles ont confirmé de la manière la plus nette les données classiques sur le trajet des deux pédicules lymphatiques du clitoris et la topographie des groupes ganglionnaires auxquels ils se rendent. Vouloir indiquer ici ce trajet et cette topographie nous entraînerait à répéter exactement ce que nous en avons déjà dit plus haut. Aussi nous contenterons-nous d'indiquer sommairement les constatations que nous avons faites et les résultats auxquels nous sommes arrivés.

Les ganglions inguinaux superficiels, qui se voient avec la plus grande netteté chez les très jeunes sujets et qui reçoivent les lymphatiques du capuchon clitoridien s'injectent avec une remarquable facilité. Une fois seulement sur 10 sujets et probablement par suite d'une faute de technique, ces ganglions n'ont pas été injectés du tout ni d'un côté ni de l'autre.

Mais si nous considérons d'autre part, la répartition topographique de ces ganglions en cinq groupes, telle qu'elle a été établie par M. le Pr. Quénu, certaines particularités nous apparaissent aussitôt.

Le groupe supéro-interne a été injecté	18 fois sur 20.
Le groupe supéro-externe	— 12 — 20.
Le groupe inféro-externe	— 4 — 20.
Le groupe central	— 2 — 20.
Le groupe inféro-interne	— 0 — 20.

Ce sont donc surtout les deux groupes supérieurs (et le supéro-interne beaucoup plus souvent encore que le supéro-externe) qui ont été injectés et qui nous semblent par suite recevoir les lymphatiques du capuchon clitoridien.

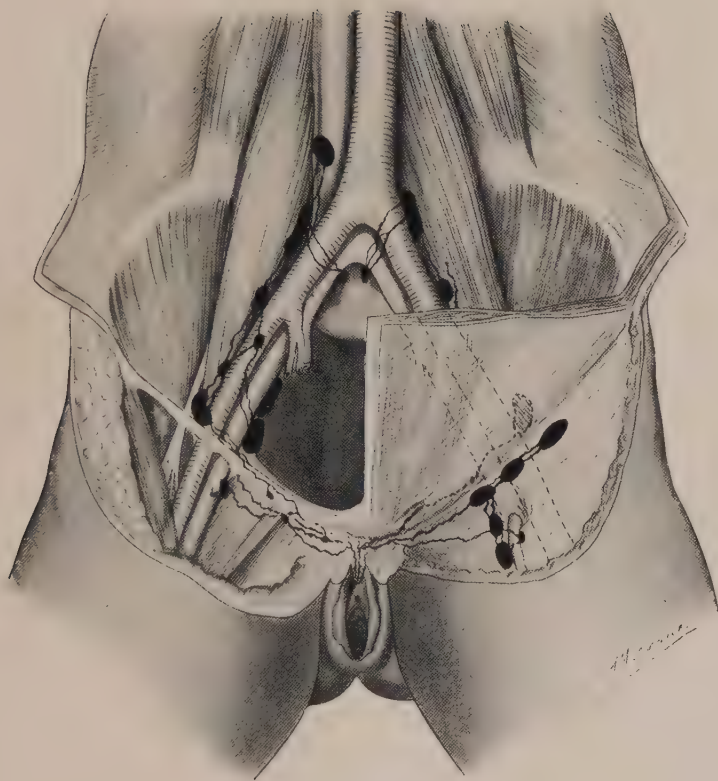


FIG. 1. — *Lymphatiques du clitoris* (figure imitée de CUNéo et MARGILLE
in *Traité d'anatomie* de POIRIER).

Tous les autres ganglions, cruraux profonds et pelviens, reçoivent les lymphatiques du gland du clitoris.

Les ganglions cruraux sont très petits et par suite très difficiles à voir et à différencier des ganglions inguinaux superficiels chez les jeunes sujets sur lesquels nous avons opéré. De ces ganglions, le plus gros, le ganglion de Cloquet nous a paru assez inconstant. Dix fois seulement sur vingt nous avons pu l'injecter et il nous a semblé que c'était surtout dans les cas où le ganglion rétrocrural interne était très développé, qu'il faisait défaut.

Les deux gros ganglions rétrocruraux ne s'injectent ni avec la même facilité ni avec la même fréquence. Le ganglion rétrocrural interne s'injecte beaucoup plus souvent et plus facilement que l'externe : 19 fois pour le premier contre 12 fois pour le second, et encore celui-ci n'est-il souvent rempli par la matière colorante que d'une façon fort incomplète.

A un autre point de vue, il nous faut encore signaler le fait suivant. Si, sur 10 sujets nous avons pu injecter 12 fois le ganglion rétrocrural externe, 3 fois seulement ce ganglion a été injecté des deux côtés sur le même sujet. Pour le rétrocrural interne au contraire injecté 19 fois, l'injection a été 9 fois bilatérale.

En définitive, les notions classiques nous ont paru exactes, et c'est pour cela que nous avons limité nos recherches personnelles à l'injection de 10 sujets. Les lymphatiques superficiels et profonds du capuchon et du gland du clitoris se rendent par les trajets que nous

avons indiqués plus haut aux ganglions inguino-cruraux et rétrocruraux externe et interne. Parmi cet ensemble de ganglions le rétrocrural interne, et le groupe supéro-interne des ganglions inguinaux superficiels semblent constituer les éléments les plus importants, ceux qu'il faudra toujours extirper, en même temps, naturellement que les troncs lymphatiques qui leur arrivent du clitoris.

Hâtons-nous de dire cependant que les autres ganglions, rétrocrural externe, autres groupes inguinaux (sauf peut-être le groupe inféro-externe), ganglions cruraux et de Cloquet, gardent encore une importance suffisante pour qu'il nous semble absolument logique de pratiquer toujours leur ablation systématique, comme celle des précédents, dans les opérations d'exérèse des épithéliomas qui nous occupent.

D'autre part nous ne saurions trop insister sur ce fait que nos injections faites au niveau du clitoris ont toujours passé des deux côtés à la fois. Il s'agit ici d'une tumeur développée sur un organe médian et devant par conséquent se propager bilatéralement aux voies lymphatiques. L'exérèse lymphatique et ganglionnaire devra donc être toujours et systématiquement bilatérale.

Enfin il est encore un point très important à notre avis et sur lequel nous voudrions insister.

Faut-il extirper *séparément* ou *en continuité* la tumeur clitoridienne et ses pédicules lymphatiques ?

Si nous consultons sur ce point les divers auteurs, nous voyons que Boyer, P. Petit, Esnault pratiquent sé-

parément l'ablation des ganglions et l'extirpation de la tumeur vulvaire ou clitoridienne.

Dittrick et Rüpprecht disent que les deux masses, ganglionnaires inguino-crurales, peuvent être enlevées séparément ou en une seule pièce avec la tumeur primitive et le dernier conseille même de sectionner l'arcade crurale pour enlever les ganglions iliaques les plus inférieurs.

Koblank et avant lui Schauta (cités par Biétrix) sont d'avis d'enlever la tumeur et les ganglions par une seule incision. Biétrix adopte leur opinion dans le cas où la malade est résistante, sinon il préfère pratiquer les deux temps séparément et successivement.

Stœckel est partisan de l'extirpation en continuité. Son procédé consiste à faire une incision qui, partant du bord externe du droit sur le ventre, descend longitudinalement jusqu'à l'arcade crurale, suit la direction de celle-ci vers en dedans, passe au-dessus du pénil et remonte par le même trajet en sens inverse du côté opposé. La tumeur elle-même est circonscrite par une incision qui vient se brancher en haut sur la partie moyenne transversale de l'incision précédente. Stœckel estime que les deux incisions longitudinales, tracées le long des droits permettent d'accéder aux vaisseaux iliaques sans ouvrir le péritoine et d'enlever les ganglions qui les accompagnent.

Mac Cann donne également un procédé qui permet d'enlever en un bloc continu la tumeur et les ganglions inguinaux et même iliaques si, dit-il, l'état de la malade le permet. Il commence par pratiquer l'ablation

en masse des ganglions inguino-cruraux et de la graisse de l'aine par une incision parallèle à l'arcade crurale et allant de l'épine iliaque à la grande lèvre. Pour ce qui est des ganglions iliaques on peut les enlever après libération soigneuse du péritoine par une incision supplémentaire branchée sur la précédente et faite à travers la paroi abdominale au niveau du tiers moyen de l'arcade. Ensuite hémostase soigneuse, réfection des plans et suture de la peau. Ce n'est qu'après avoir pratiqué d'abord ce temps d'exérèse ganglionnaire des deux côtés que Mac Cann extirpe en dernier lieu la tumeur vulvaire. Il dit avoir pratiqué cette opération 10 fois pour 8 cancers de la vulve et 2 cancers du clitoris, mais ne donne aucun renseignement sur les résultats.

M. Mauclaire enfin, parlant des épithéliomas balaniques du pénis et des épithéliomas du clitoris, exprime nettement son opinion de la façon suivante. Pour lui, il est évident qu'en présence d'une lésion de ce genre il faudrait fouiller tout d'abord et successivement la région crurale, le canal crural, le canal inguinal et même la fosse iliaque en décollant le péritoine comme dans la ligature de l'iliaque externe, puis descendre ensuite vers la tumeur primitive pour ne l'enlever qu'en dernier lieu et extirper ainsi en un seul morceau tout le territoire lymphatique infecté, puis la tumeur elle-même. Enfin M. Mauclaire, se demandant si une opération ainsi conduite a quelques chances de dépasser la zone des tissus infectés, conclut en disant « L'opération logiquement anatomique que nous proposons est celle

qui a le plus de chances d'éloigner au maximum la récidive dans l'état actuel de la chirurgie. »

Comme les auteurs précédents : Koblack, Schauta, et surtout Stœckel, Mac Cann, et Mauclair nous croyons nous-mêmes fermement qu'il est à la fois logique et très utile de chercher à enlever en même temps et en une seule masse continue la tumeur clitoridienne et les pédicules lymphatiques, c'est-à-dire en l'espèce les ganglions inguinaux, cruraux et le ganglion rétrocrural interne attachés à la tumeur par le pédicule inférieur, et le ganglion rétrocrural externe attaché à la tumeur par le pédicule supérieur occupant le canal inguinal.

Comme le pensent les auteurs que nous avons cités en dernier lieu et Veit également, nous pensons que cette exérèse ganglionnaire toujours bilatérale devra constituer le premier temps de l'opération et précéder l'ablation de la tumeur elle-même qui ne se fera qu'en dernier lieu. Nous voyons à cela divers avantages. D'une part la tumeur étant toujours infectée il vaut mieux n'y toucher qu'après avoir enlevé les ganglions des deux côtés, ce qui se fait en régions aseptiques. D'autre part la masse de la tumeur enlevée en premier générerait peut-être les manœuvres ultérieures. Enfin il sera plus facile, en pratiquant l'ablation de la tumeur dernière et par décollement de celle-ci de haut en bas, ce que nous conseillerons, de la libérer de la paroi supérieure de l'urètre et de bien voir ses pédicules vasculaires, veine dorsale profonde du clitoris au milieu, artères dorsales du clitoris sur les côtés, ainsi que les corps caverneux.

Nos recherches et nos divers essais faits sur le cadavre dans le but de trouver un procédé opératoire satisfaisant aux divers desiderata que nous venons d'exposer nous ont amené à proposer la technique opératoire suivante :

Premier temps. — Tracé de l'incision (pl. n° 2). — Elle part en haut d'un point situé à un travers de pouce environ en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure, et descend en bas et en dedans, parallèle non à l'arcade crurale mais au canal inguinal et située juste en avant de celui-ci. Elle passe ensuite à la partie inféro-interne devant l'orifice inguinal superficiel et s'arrête en dedans de celui-ci au niveau de l'épine pubienne.

Deuxième temps. — Dissection du ligament rond et du tissu graisseux du canal inguinal jusqu'en dehors des vaisseaux iliaques (pl. nos 3 et 4). — L'incision faite on dissèque immédiatement ses 2 lèvres mais en ayant soin de ne relever que la peau seule.

Immédiatement alors on se porte sur l'épanouissement inférieur du ligament rond, dans la partie supérieure de la grande lèvre :

Soigneusement et en allant jusqu'à l'os et aux trousseaux fibreux qui le recouvrent on dissèque et dégage tout le paquet cellulo-graisseux (bouchon graisseux d'Imlach) dans lequel s'éparpille le ligament rond et on amorce l'isolement de celui-ci que l'on va poursuivre dans le canal inguinal.

Se servant comme guide du ligament, parfois très grêle à ce niveau et difficile à bien voir on gagne l'anneau inguinal externe. On fend alors parallèlement au canal inguinal et dans toute sa longueur l'aponévrose du grand oblique. Le ligament rond apparaît passant à la partie externe en arrière des faisceaux du petit oblique et du transverse insérés à l'arcade crurale. Ces faisceaux sont détachés de l'arcade pour exposer le ligament dans tout son trajet inguinal jusqu'à l'orifice profond.

On poursuit alors le dégagement du ligament inséré par quelques fibres à la partie interne de l'arcade en ayant bien soin de ne pas disséquer au ras de l'organe, mais en enlevant avec lui tout le tissu cellulograisieux qui l'entoure et remplit le canal et dans lequel sont contenus les lymphatiques du pédicule supérieur. On peut suivant les cas respecter ou sectionner les divers nerfs contenus dans le canal. En arrivant au voisinage de l'orifice inguinal profond on voit apparaître montant sous le fascia transversalis l'artère et la veine épigastriques et tout à fait en dehors le petit cul-de-sac péritonéal qui recouvre les faces antérieure et externe du ligament et qu'on refoule sans l'ouvrir en plaçant une valve qui attire en haut avec lui les divers plans musculaires de la paroi, exposant ainsi largement la partie antérieure de la fosse iliaque interne.

A ce niveau on cesse de poursuivre le ligament rond qui décrit là sa crosse et se porte en dedans. On se porte au contraire, toujours en dehors, c'est-à-dire en avant des vaisseaux iliaques, en avant de la veine d'a-

bord, puis en avant de l'artère. Sur ces vaisseaux on trouve une véritable lame de tissu graisseux, en général bien visible, qui se continue directement en dedans avec l'enveloppe graisseuse du ligament rond que nous venons de libérer avec lui dans le canal inguinal et qui en dehors se prolonge en dehors des vaisseaux jusqu'au ganglion rétrocrural externe accolé au flanc externe de l'artère iliaque. C'est lui, nous l'avons vu, qui reçoit les lymphatiques de ce pédicule supérieur et que nous voulons atteindre. On le libère alors dans la sorte de petite niche où il est contenu et on le soulève progressivement. Le pédicule lymphatique supérieur est ainsi isolé. Notons encore que ce ganglion rétrocrural externe, ainsi que nous l'avons pu vérifier nous-même, recouvre en général directement la naissance de l'artère circonflexe iliaque profonde sur l'iliaque externe.

Troisième temps. — Isolement du pédicule inférieur par la voie crurale (pl. n° 5). — Pour découvrir la partie supérieure du triangle de Sampa et le canal crural nous libérons et abaissons fortement la lèvre inférieure de cette incision (cette manœuvre nous a toujours paru suffisante et il nous semble inutile de faire ici pour enlever les ganglions inguino-cruraux une deuxième incision plus ou moins perpendiculaire à la première ou parallèle aux vaisseaux fémoraux). Nous disséquons alors tout le tissu cellulo-graisseux de la région depuis la partie externe du triangle jusqu'à la grande lèvre en dénudant complètement les fibres musculaires du moyen adducteur et du pectiné, et les

vaisseaux fémoraux. Nous enlevons donc ainsi avec l'aponévrose superficielle les ganglions inguinaux sous-cutanés et en particulier les 2 groupes supérieurs et le groupe inféro-interne.

Nous avons vu en effet que ce sont ceux-là dont l'ablation systématique s'impose dans tous les cas. Ajoutons encore que, si le groupe inféro-interne est envahi et les ganglions volumineux, il pourra être utile à ce niveau de couper la crosse de la saphène entre deux ligatures.

Gagnant ensuite immédiatement la profondeur on se porte à la face interne de la veine fémorale où se trouvent les ganglions cruraux profonds. La veine fémorale étant bien visible et réclinée en dehors, on remonte en disséquant le long de celle-ci, libérant prudemment le ou les ganglions qui lui sont accolés, jusqu'à atteindre la partie interne de l'arcade crurale où se trouve le ganglion de Cloquet.

Quatrième temps. — Section de l'arcade crurale.
Isolement du groupe ganglionnaire rétrocrural interne (pl. n° 6). — Pour pouvoir maintenant poursuivre en haut et en arrière l'isolement de la chaîne ganglionnaire le long du tronc veineux il est indispensable de se donner accès vers la région rétrocrurale interne. Pour ce faire on sectionne l'arcade crurale à 1 centimètre en dedans de la veine et ses deux bouts sont rejetés, l'externe en dehors, l'interne plus gênant en dedans en incisant ou non, selon les besoins, l'insertion osseuse du ligament de Gimbernat.

L'anneau crural est maintenant largement ouvert, mais les 2 vaisseaux épigastriques gênent encore en traversant superficiellement la région. On les isole ou on les coupe entre deux pinces et on place 4 ligatures isolées sur les 2 bouts de l'artère et de la veine. Ceci fait, l'accès est maintenant facile sur les ganglions.

Le ganglion de Cloquet est alors libéré de la veine et de la surface pectinéale et se portant enfin plus en arrière encore on arrive sur le ganglion rétrocrural interne que l'on isole en dernier. Immédiatement au-dessus et en arrière de lui on sectionne le ligament rond, dont on lie le bout central dans la profondeur. Il ne reste plus maintenant qu'à répéter point pour point les mêmes temps du côté opposé et les 4 pédicules lymphatiques étant libérés mais tenant toujours à la tumeur clitoridienne (pl. n° 7), à extirper celle-ci dans un dernier temps.

La succession des divers temps que nous venons de décrire nous paraît constituer le procédé dont l'emploi sera le plus courant et le plus sûr en particulier chez les femmes grasses. Dans d'autres conditions, chez des femmes maigres, à ventre plat, à paroi peu épaisse, il serait peut-être plus rapide, et plus élégant, de rester dans la fosse iliaque une fois le pédicule supérieur disséqué et de libérer le pédicule inférieur et interne de haut en bas. Dans ce cas, après isolement du ganglion rétrocrural externe, on se porterait vers le rétrocrural interne généralement uni au précédent par du tissu grasseux, on le libérerait, on sectionnerait alors l'arcade crurale puis descendant le long de la veine on

isolerait le ganglion de Cloquet, les ganglions cruraux profonds juxta-veineux, les ganglions inguinaux, le pédicule lymphatique inférieur transversal en avant des muscles adducteurs, jusque dans la grande lèvre, revenant ainsi au point de départ pour un véritable circuit fermé. Cette variante nous semble devoir cependant être réservée à quelques cas favorables car elle nous semble d'une exécution plus délicate.

Cinquième temps. — Extirpation de la tumeur.
— (pl. n° 8). — On commence d'abord par réunir la partie interne des deux incisions préinguinales, par une incision transversale passant sur le mont de Vénus largement au-dessus de la tumeur. On circonscrit ensuite celle-ci par une autre incision qui à la partie inférieure passe à quelques millimètres au-dessus du méat urinaire, coupe des deux côtés la petite lèvre vers son quart supérieur, puis la grande, se recourbe alors pour monter un peu en dedans du pli génitocrural, parallèle à celui-ci, et enfin rejoint au niveau de l'épine pubienne le point d'union de l'incision latérale et de l'incision transversale supérieure (Revoir la planche n° 2).

Saisissant alors avec des pinces la lèvre inférieure de cette dernière incision on va progressivement décoller la tumeur de haut en bas. Mais en faisant ce décollement on aura bien soin de *raser très exactement la face antérieure de la symphyse* recouverte de ses ligaments. Nous avons vu en effet qu'il existe là un petit plexus lymphatique présymphysien qui peut contenir des nodules ganglionnaires interrupteurs. Il importe

donc de l'enlever. Ce décollement, une fois le ligament suspenseur du clitoris coupé, s'opère facilement et on arrive bientôt au bord inférieur de la symphyse au niveau de l'ogive pubienne. C'est alors que l'on aperçoit par leur face supérieure, la tumeur étant basculée en avant, les 2 corps caverneux et les vaisseaux dorsaux du clitoris. La veine dorsale médiane profonde est coupée et liée, ainsi que les deux petites artères dorsales accompagnées de leurs veines minuscules. Pour ce qui est des corps caverneux du clitoris, le mieux, nous semble-t-il, est de les couper le plus loin possible de la tumeur et de ligaturer ou mieux de suturer leur tranche de section pour assurer l'hémostase.

Il n'y a plus enfin qu'à décoller, et cela est assez facile, la tumeur de l'urètre à laquelle elle n'adhère pour ainsi dire jamais et dans lequel pour plus de sûreté on aura pu au préalable introduire une sonde. On arrive ainsi très vite à l'incision transversale sus-jacente au méat et à ce moment la tumeur et ses 4 pédicules sont complètement libérés et dans toute leur étendue.

Sixième temps. — Réparation et suture. — Pour combler la brèche faite au niveau de la région inguino-crurale il nous a semblé que le meilleur procédé consistait, comme dans le procédé analogue de cure radicale de la hernie crurale, à suturer isolément mais au contact l'un de l'autre les deux bouts sectionnés de l'arcade de Fallope à l'aponévrose du pectiné et au ligament de Cowper, en dedans de la veine, en prenant soin de ne pas comprimer celle-ci. Ensuite abaissant en

masse les muscles de la paroi on suture solidement le transverse, le petit oblique et l'aponévrose du grand oblique à l'arcade ainsi reconstituée, en laissant cependant à la partie interne un espace par où sortira un petit drain placé au contact des vaisseaux iliaques. Dans l'intérêt de l'asepsie plus grande de l'opération nous pensons même qu'il vaudrait mieux, une fois l'extirpation ganglionnaire complètement terminée, refaire d'abord la paroi du canal inguinal suturer la peau et placer le drain. Ceci fait des deux côtés on procéderait seulement alors à l'ablation de la tumeur dernière. C'est du reste d'après cette petite modification de la technique ci-dessus (la suture cutanée exceptée) que nous avons fait représenter la succession de nos dessins.

Pour ce qui est de la suture cutanée à la partie moyenne, en avant de la symphyse, on se trouvera en présence d'une plaie quadrilatère, véritable perte de substance superficielle créée par l'ablation de la tumeur avec les téguments voisins et les tissus présymphysiens.

Cependant on arrivera en général assez facilement à attirer, parfois en les mobilisant un peu, les 2 bords verticaux et latéraux de cette brèche et à les suturer l'un à l'autre sur la ligne médiane. Puis aux bords supérieurs de ces deux lambeaux latéraux rapprochés on suturera en l'abaissant légèrement le lambeau médian supérieur formé par ce qui reste des téguments du mont de Vénus. Il sera toujours important d'apporter le plus grand soin à la réfection et à la fixation de l'orifice

antérieur de l'urètre dans lequel il sera bon croyons-nous de mettre une sonde à demeure pendant quelques jours.

Finalement on obtiendra donc une sorte de suture en Y avec une petite branche verticale médiane pré-symphysienne très courte et 2 longues branches latérales préinguinales obliques en haut et en dehors. Par la partie interne de celles-ci sortira de chaque côté le petit drain que nous avons mis profondément en contact des vaisseaux.

Dans les cas cependant, où l'ablation de la tumeur aurait créé une perte de substance étendue, on devra réparer celle-ci par un quelconque des procédés ordinaires d'autoplastie. On pourrait en particulier employer un procédé analogue à celui que Dudley utilise après la vulvectomie totale et qui consiste à tailler de chaque côté de la plaie des triangles de peau dont la base est représentée par les bords latéraux de cette plaie, triangles que l'on mobilise et que l'on peut faire glisser afin de recouvrir la surface cruentée.

Addendum.

Depuis le moment où nous avons fait sur le cadavre les recherches qui nous ont amené à proposer la technique opératoire ci-dessus décrite nous avons eu l'occasion de voir à l'hôpital Beaujon notre ami Roux-Berger opérer une malade (observation Tuffier et Roux-Berger) suivant cette technique.

Nous pensons avec lui qu'il y aura lieu de lui faire subir bien souvent la légère modification qu'il a apportée lui-même dans la

dissection et la libération du pédicule lymphatique supérieur et qui consiste en ceci. L'incision cutanée étant faite, au lieu de se porter d'abord en dedans vers l'épanouissement inférieur du ligament rond, il vaut mieux ouvrir tout de suite dans toute sa longueur le canal inguinal et aller chercher immédiatement le ganglion rétrocrural externe. Une fois celui-ci dégagé on se porte constamment de dehors en dedans. On passe en avant des vaisseaux iliaques, on sectionne et lie dès ce moment les vaisseaux épigastriques et le ligament rond en dedans de la veine iliaque (il est toujours bien plus nettement visible à cet endroit qu'au niveau de son épanouissement) et on termine le dégagement du pédicule supérieur jusqu'à sa partie interne en disséquant toujours de dehors en dedans tout le contenu du canal inguinal.

C'est du reste suivant cette méthode (dissection de la partie externe vers la tumeur) que nous conseillons de libérer le pédicule inférieur. Nous avons dit plus haut que c'était également la conduite conseillée par M. Mauclair.



FIG. 2. — *Tracé de l'incision cutanée.*

En pointillé l'incision faite pour circonscrire et enlever la tumeur.



FIG. 3. — Ouverture de la paroi antérieure du canal inguinal. Le pédicule lymphatique supérieur est soulevé avec le ligament rond.

G. Steinheil, éditeur.

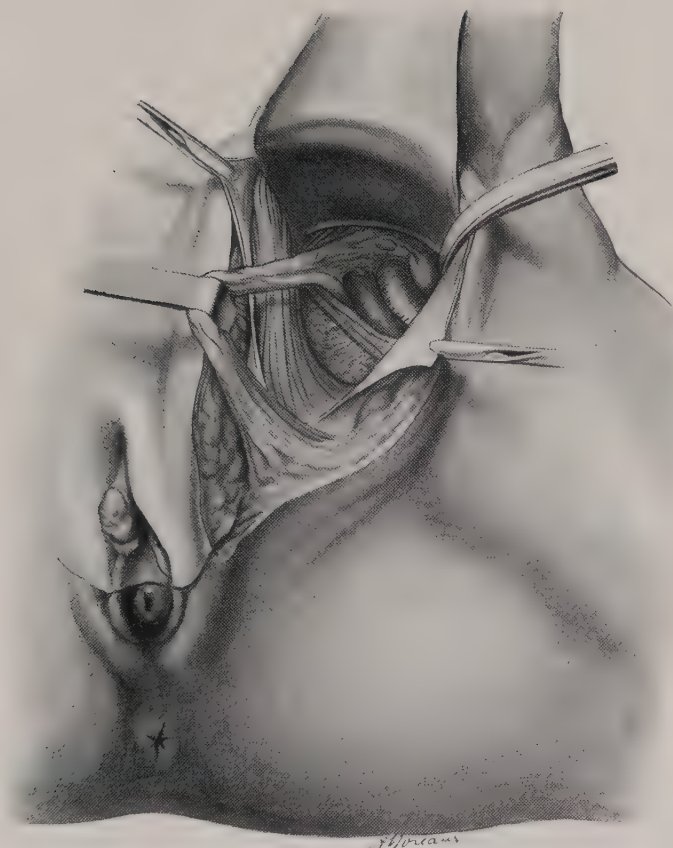


FIG. 4. — *Libération complète du pédicule lymphatique supérieur.* — Les muscles petit oblique et transverse ont été désinsérés de l'arcade et reclinés en haut. — On pratique le dégagement du ganglion rétrocrural externe et le curage de la fosse iliaque à ce niveau.



FIG. 5. — *Libération du pédicule lymphatique inférieur : premier temps.* — Le pédicule a été libéré à la partie supérieure du triangle de Scarpa superficiellement et dans la profondeur. On va couper l'arcade selon le pointillé en dedans de la veine fémorale.

Sur cette figure la lèvre inférieure de l'incision cutanée a été représentée insuffisamment décollée et abaissée.

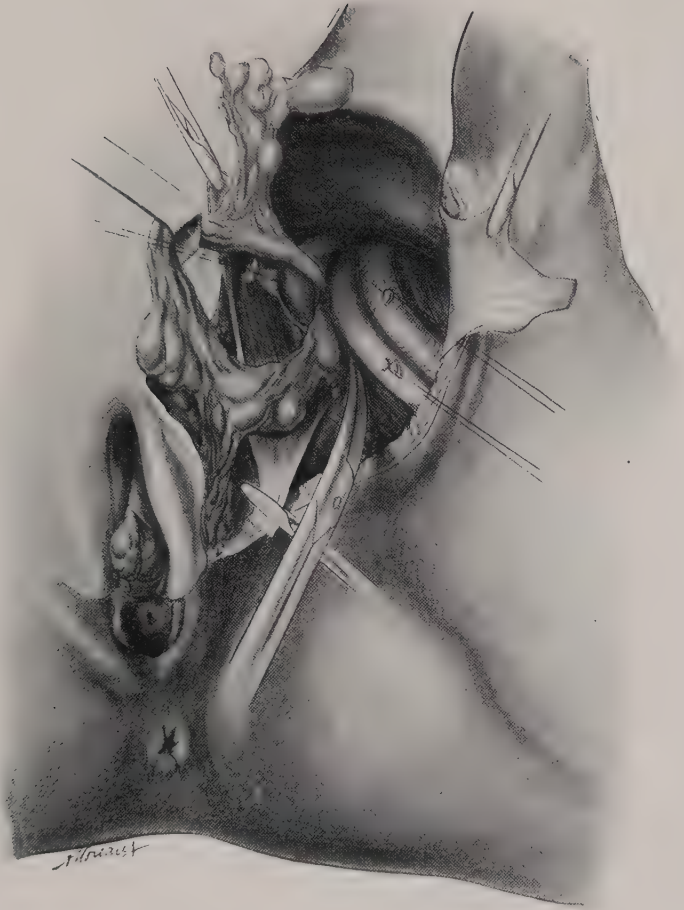


FIG. 6. — *Libération complète du pédicule lymphatique : deuxième temps.* — L'arcade est coupée et rabattue, les vaisseaux épigastriques sectionnés et liés. On poursuit le dégagement du pédicule inférieur jusqu'au ganglion rétrocrural interne qu'on libère en dedans de la veine iliaque.



FIG. 7. — Aspect de la région après libération complète des deux pédicules lymphatiques et section du ligament rond. — On va maintenant extirper la tumeur dernière.

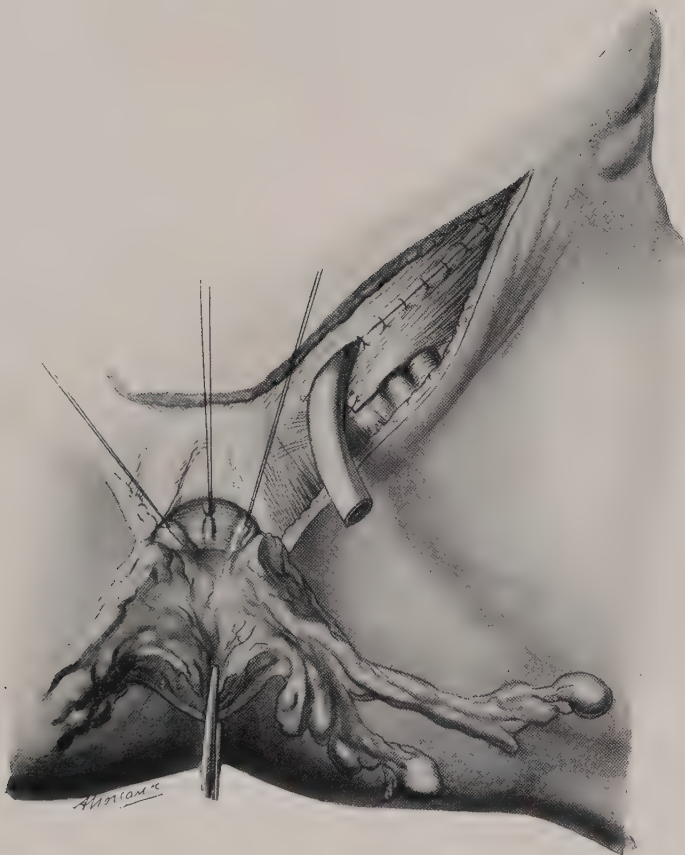


FIG. 8. — Résection du canal inguinal et extirpation de la tumeur. — Les deux bouts de l'arcade sont suturés au ligament de Cowper et à l'aponévrose du pectiné. L'aponévrose du grand oblique est suturée. Un drain sort au niveau de l'anneau inguinal externe. La tumeur est dégagée de haut en bas et basculée. On lie les vaisseaux dorsaux profonds du clitoris (veine au milieu, artères sur les côtés).

OBSERVATIONS

Observation 1 (personnelle, inédite).

Recueillie par nous dans le service de notre maître M. le
Pr QUÉNU et reproduite avec son autorisation.

Mme F..., âgée de 59 ans, entre à Cochin, salle Lorrain, lit n° 4, le 9 juin 1910 pour une grosseur développée au niveau de l'orifice vulvaire. Rien à noter dans les antécédents héréditaires.

Depuis plusieurs années cette malade ressent de vives démangeaisons et éprouve une sensation de brûlure assez vive au moment des mictions.

C'est il y a 3 mois qu'elle a noté l'apparition d'une petite tumeur développée au niveau du clitoris.

L'apparition de celle-ci s'est accompagnée de la recrudescence marquée du prurit vulvaire, et les démangeaisons, dit la malade, sont devenues alors absolument insupportables en même temps que la tumeur grossissait peu à peu.

Sous l'influence des grattages répétés apparurent de petites ulcérations au niveau de la tumeur, et quelques légères hémorragies. Puis toujours sous l'influence des mêmes causes survint un abcès, peu volumineux du reste, avec rougeur, et tuméfaction douloureuse autour de la tumeur. Au bout de quelques jours cet abcès s'est ouvert spontanément donnant issue à quelques gouttes de pus.

Un second abcès s'est formé une dizaine de jours avant l'en-

trée de la malade à l'hôpital. La malade consulta alors un médecin qui lui fit appliquer localement des compresses humides. Comme le premier, ce second abcès s'ouvrit spontanément.

La malade ne souffre pas de sa tumeur. Elle éprouve seulement et d'une façon continuelle une sensation de gêne et de cuisson, et se plaint d'un suintement persistant, reliquat de ses abcès.

A l'examen, on constate que l'orifice vulvaire étroit est surmonté par une saillie volumineuse qui écarte les grandes lèvres et siège au niveau même du clitoris; la tumeur est immédiatement sus-jacente au méat urétral qui est intact, mais entouré d'un petit liséré rougeâtre.

La saillie qu'elle forme est à peu près ovoïde, de la grosseur d'une noix environ, irrégulière, mamelonnée, de couleur rosée avec des parties grisâtres et d'aspect sale.

Sa consistance est assez ferme. Elle est peu mobile sur les parties profondes.

A la partie moyenne une ulcération irrégulière et peu profonde, à fond grisâtre, traverse en diagonale la surface de la tumeur.

Un trajet, laissant suinter quelques gouttes de pus est creusé dans l'épaisseur de la tumeur et aboutit à cette ulcération.

Une autre ulcération analogue à la première, mais plus petite, siège à la partie inférieure de la tumeur.

Celle-ci a envahi par sa face inférieure le capuchon du clitoris qui étalé, aminci, tendu, adhère à la masse néoplasique et fait corps avec elle.

Le reste de la vulve présente un aspect rouge inflammatoire, mais aucun signe d'envahissement par la tumeur qui est en somme assez bien limitée; seules les petites lèvres sont un peu boursoufflées à leur partie moyenne. A leur partie supérieure elles sont au contraire envahies par la base de la tumeur et refoulées excentriquement.

Enfin au point de réunion supérieur des grandes lèvres au-dessus de la tumeur se voit l'orifice fistuleux d'un des abcès dé-

veloppés avant l'entrée de la malade à l'hôpital. Rien du côté du vagin, ni de l'urètre, ni du col de l'utérus.

D'autre part au niveau de la partie supérieure et interne du triangle de Scarpa des deux côtés on perçoit plusieurs petits



FIG. 9. — État de M^{me} F... avant l'opération.

ganglions lymphatiques légèrement hypertrophiés, indurés, non douloureux, mobiles, sans péri-adénite, roulant sous le doigt, et séparés les uns des autres.

Rien de particulier à noter dans le reste de l'organisme.

M. le Pr Quénu porte le diagnostic d'épithélioma primitif du

clitoris ayant envahi le capuchon et les petites lèvres, et avec début de propagation bilatérale aux ganglions inguinaux.

On applique pendant plusieurs jours des pansements humides sur la vulve, on fait des attouchements à la teinture d'iode pour nettoyer la région, ainsi que des injections vaginales, et on opère la malade le 20 juin 1910.

M. Quénu commence par faire l'ablation première des ganglions inguinaux des deux côtés.

Du côté droit, il trace une incision supérieure un peu sus-jacente et parallèle à l'arcade crurale dans toute la longueur de celle-ci et branche sur elle une incision verticale à peu près perpendiculaire à sa direction et descendant à la partie moyenne du triangle de Scarpa un peu en dessous de la pointe de celui-ci.

Après dissection et relèvement des deux lambeaux latéraux, ainsi obtenus, il résequé à la partie inférieure de la plaie, le segment supérieur de la saphène interne et la portion adjacente de tous ses affluents régionaux, puis de bas en haut, en remontant vers l'arcade crurale, extirpe en une seule masse toute la nappe cellulo-ganglionnaire du triangle de Scarpa jusqu'à l'aponévrose de recouvrement des muscles.

Après hémostase soigneuse les lambeaux cutanés sont rabattus et suturés.

A gauche M. Quénu répète la même opération d'extirpation veineuse et de la nappe cellulo-ganglionnaire, mais découvre le triangle de Scarpa par une incision en U dont la branche supérieure est parallèle et sus-jacente à l'arcade crurale. Elle descend en dehors et en bas croisant très obliquement la direction du couturier et se porte à nouveau au dedans par sa branche inférieure horizontale, parallèle à la supérieure et située au niveau de la pointe du triangle. Le large pédicule du lambeau répond à la saillie du bord interne du moyen adducteur.

L'extirpation des ganglions une fois faite, et l'hémostase assurée le lambeau est rabattu et suturé.

Les deux plaies inguinales sont recouvertes d'une mince couche d'ouate et d'adhésol.

Pour extirper ensuite la tumeur, M. Quénu trace une incision transversale qui passe immédiatement au-dessus du méat et latéralement dépasse de chaque côté la grande lèvre. À ce niveau l'incision se coude, devient verticale et remonte de chaque côté de la partie supérieure de la fente vulvaire et en dehors de celle-ci.

Ces deux incisions latérales viennent enfin se réunir en pointe à la partie supérieure à peu près vers la partie moyenne du mont de Vénus.

Sans difficulté, de bas en haut on décolle la tumeur de l'urètre, d'abord, puis de la face antérieure de la symphyse en passant au ras des ligaments qui la doublent en avant. Avec la tumeur on enlève en même temps le tissu cellulo-graisseux qui l'entoure et une grande partie du tissu cellulaire du mont de Vénus.

La muqueuse est alors affrontée avec soin et suturée au-dessus du méat urétral et toute la plaie vulvaire est suturée verticalement. Pas de drainage. Sonde à demeure dans l'urètre.

La tumeur clitoridienne fut immédiatement portée au laboratoire de la clinique ainsi que les masses cellulo-ganglionnaires inguinales où se voyaient nettement dans chacune d'elles trois ou quatre petits ganglions grisâtres, durs, peu hypertrophiés sans adhérences notables aux tissus voisins.

L'examen histologique pratiqué par M. Jolly a donné les résultats suivants :

Pièce n° 561. — 20 juin 1910. — Tumeur du clitoris.

Examen histologique. — La tumeur est formée de lobules épithéliaux ayant les caractères de l'épithélioma malpighien. Les cellules basales ont gardé leur disposition régulière tandis que les cellules centrales ont une tendance à présenter une disposition concentrique et à former de nombreux globules épidermiques kératinisés ou non. En d'autres points, les bourgeons épi-

théliaux sont plus petits, formés de cellules plus petites ; ils ne donnent pas de globes épidermiques et s'enfoncent dans la profondeur en perdant leurs limites et leur aspect régulier ; enfin ils se disséminent dans le tissu conjonctif voisin qui présente, à la limite des lésions épithéliales, des lésions d'infiltration plasmatique.

Trois ganglions examinés ont présenté seulement des lésions banales de transformation adipeuse sénile et d'inflammation, sans infiltration néoplasique.

Suites opératoires. — Le premier pansement fait deux jours après l'opération montra que les choses étaient en parfait état. Les plaies inguinales avaient à peine saigné sous leur pansement à l'adhésol. Rien de nouveau jusqu'au huitième jour où on enleva la sonde à demeure. En faisant le pansement on s'aperçoit ce jour-là qu'un épanchement abondant de liquide séreux, clair, s'est fait, sans aucune réaction thermique du reste, sous la suture et les lambeaux dans la région inguinale droite. On donne issue à ce liquide et on place dans le décollement un petit drain qui donne du reste très peu les jours suivants.

Le dixième jour on s'aperçoit que du côté gauche l'angle supérieur et externe du lambeau inguinal est noir, sec, durci. Il se fait un début de nécrose aseptique, de gangrène sèche du lambeau qui s'étendra un peu pendant quelques jours.

Le douzième jour on enlève les fils et on voit débiter à droite les mêmes phénomènes de mortification sèche que du côté gauche, au point de réunion des incisions supérieure et inférieure et surtout à la pointe du lambeau externe.

Le treizième jour les parties mortifiées commencent à s'éliminer progressivement. Cette élimination se poursuit extrêmement lentement pendant les semaines qui suivent.

Finalement la malade reste avec une plaie vulvaire complètement cicatrisée n'ayant pour ainsi dire pas laissé de traces, et des incisions inguinales cicatrisées et en bon état, sauf au niveau des points où les lambeaux se sont sphacelés. Il y a là, à droite comme à gauche dans les régions que nous avons indiquées une

perte de substance large comme les trois quarts d'une paume de main bordée par un liséré cicatriciel et occupée par du tissu granuleux bourgeonnant sur lequel on fait des pansements secs, et des attouchements fréquents au nitrate d'Ag. et à la teinture d'iode. Ces pertes de substance ont fort peu de tendance à se combler et leur cicatrisation ne progresse que très lentement. Il arrive même un moment où cette cicatrisation nous semble s'arrêter complètement. M. Quénu nous autorise alors à pratiquer une double opération plastique pour recouvrir les parties restées à nu.

Le 10 octobre 1910, nous opérons nous-même la malade pour la seconde fois.

A gauche après résection du tissu cicatriciel qui borde les lambeaux cutanés et après curetage soigneux des bourgeons charnus nous arrivons facilement et en décollant simplement un peu les bords de la peau, à réunir et à suturer les lèvres avivées.

A droite, nous pratiquons les mêmes manœuvres, mais pour pouvoir suturer sans traction trop considérable, nous sommes obligés de tailler un petit lambeau vertical dans la peau de la paroi abdominale et de l'abaisser ensuite. La suture des lèvres cutanées se fait alors assez facilement.

Du côté gauche réunion par première intention.

A droite la suture se désunit très légèrement, néanmoins la cicatrisation se fait assez vite et la malade sort le 9 novembre en parfait état, avec une cicatrisation complète et totale.

La malade a été revue par nous le 5 janvier 1911 en excellent état. Elle se porte parfaitement, ne se plaint d'aucun trouble, et a engraisé depuis sa sortie de l'hôpital.

Revue par nous une deuxième fois le 28 décembre 1911, soit *18 mois après l'opération*, la malade continue à se bien porter. Il n'existe toujours aucune trace de récurrence locale ni ganglionnaire.

Observation 2. — TUFFIER et ROUX-BERGER (inédiée).

Gr..., âgée de 65 ans, sans profession. Salle Malgaigne. Hôpital Beaujon, service du Dr Tuffier.

Entrée le 13 septembre 1911.

Opérée le 1^{er} novembre 1911.

Décédée le 25 novembre 1911.

La malade entre à l'hôpital pour des pertes blanches datant de 6 semaines.

Antécédents gynécologiques : réglée à 16 ans, règles toujours normales.

8 enfants, dont 1 mort-né ; 7 bien portants.

Jamais de fausse couche. Ménopause à 50 ans.

Depuis cette époque et jusqu'à cette année aucune perte.

Histoire de la maladie. — Il y a six mois environ, la malade s'aperçut qu'elle avait sur les petites lèvres, « de petits boutons » durs, non saignants, provoquant simplement un peu de démangeaison. Depuis 3 mois les végétations ont beaucoup augmenté de volume, mais demeurent indolores ou à peu près, jusqu'au mois de septembre.

Au mois de septembre apparaissent des douleurs dans la région vulvaire, consistant en des brûlures, surtout vives la nuit. En même temps surviennent des pertes blanc-jaunâtre, tachant le linge et à odeur forte. Les mictions ne sont pas douloureuses.

Affaiblissement, et amaigrissement notable.

Examen de la malade. — Il existe au niveau du clitoris une tumeur ulcérée, bourgeonnante, recouverte de sanies.

Les bords de l'ulcération sont infiltrés, surélevés, non décollés, très rouges, et largement infectés.

La tumeur n'a pas de limites précises : en haut elle s'étend jusque sur le mont de Vénus, en un prolongement supérieur effilé, au niveau duquel la peau est adhérente à la profondeur ; latéralement, elle a envahi toutes les petites lèvres, dont les fa-

cés internes sont ulcérées. La grande lèvre du côté gauche est souple dans toute son étendue ; la grande lèvre droite est totalement infiltrée : l'infiltration s'étend jusqu'au pli génito-crural.

L'urètre, qui est très difficile à voir, est juste sous la tumeur ; il est impossible d'apprécier si il est envahi ou non.

Vagin et utérus sains.



FIG. 10. — Photographie de la malade avant l'opération.

Dans la région inguinale droite, on trouve plusieurs ganglions roulant sous le doigt ; au-dessus de l'arcade crurale on sent nettement des ganglions iliaques.

Dans la région inguinale gauche, on trouve également des ganglions, mais pas des ganglions iliaques.

Examen des urines. — Albumine : 0.

Sucre : traces.

Opération. — Le 1^{er} novembre 1911. Opérateur : M. Roux-Berger.

Aide : M. Mossé. Anesthésie chloroformique (1).

(1) Cette opération fut pratiquée devant nous par notre collègue et ami Roux-Berger, suivant la technique personnelle que nous avons décrite plus

I. — Incision sur la partie antérieure du canal inguinal droit, ouverture du canal. Incision du fascia transversalis et refoulement du cul-de-sac péritonéal comme pour la ligature de l'iliaque externe. Dissection de haut en bas de toute la chaîne ganglionnaire iliaque externe, que l'on extériorise en même temps que tout le contenu inguinal, y compris le ligament rond, qui est sectionné à son entrée dans l'orifice abdominal du canal.

Réfection du canal inguinal. Puis par la même incision et après décollement de la lèvre inférieure de la plaie, dissection de tous les ganglions du triangle de Scarpa, y compris les ganglions profonds et le ganglion de Cloquet, que l'on aborde facilement par la section de l'arcade crurale, qui est ensuite suturée.

II. — Même manœuvre du côté gauche (chez cette malade il n'existait pas de ganglion rétrocrural interne distinct, chose rare, croyons-nous).

III. — On termine par l'extirpation du cancer de la vulve, en allant sur les parties latérales, jusqu'au delà du sillon cruro-génital ; en haut jusqu'à deux travers de doigt au-dessus du bord supérieur de la symphyse, en bas jusqu'à l'urètre qui se décolle facilement.

Chemin faisant, ligature des corps caverneux, des artères et des veines dorsales du clitoris.

IV. — Suture complète de la vulve, en abaissant la peau de la région sus-pubienne, préalablement décollée, et en attirant la peau de la face interne de la racine des cuisses.

Sur les parties latérales, l'exérèse est plus étendue par en bas que sur la ligne médiane, les grandes lèvres étant infiltrées presque jusqu'à leur partie inférieure.

Au point déclive de la suture, un drain est fixé de chaque côté, drainant la face antérieure de la surface pubienne.

Durée de l'opération, 1 heure un quart.

Suites opératoires. — Aucun choc, pas de fièvre, mais au

haut, à cette différence près que les 4 pédicules lymphatiques furent disséqués et libérés de dehors en dedans.

troisième jour apparition de sphacèle à l'union des lambeaux ; il en résulte une désunion progressive et enfin totale de toute la



FIG. 11. — Photographie de la pièce opératoire (tumeur primitive avec ses quatre pédicules lymphatiques) enlevée par M. Roux-Berger suivant notre technique personnelle.

plaie vulvaire et de la moitié inférieure de la plaie inguinale droite.

A partir de ce moment, la malade, qui avant l'opération était déjà très affaiblie, s'affaiblit encore et rapidement ; la fièvre apparaît ; la mort survient le 25 novembre 1911.

Examen histologique. — Il s'agit d'un épithélioma pavimenteux à globes épidermiques géants ; les ganglions inguinaux et iliaques sont cancérisés.

Observation 3. — HUTCHINSON, in th. DAURIAC.

Femme, 50 ans. Début remontant à 4 mois. Tumeur (pièce de 1 franc), englobant le clitoris et la commissure antérieure. Pas de ganglions inguinaux. Opération. 4 mois après récidive dans la cicatrisation avec métastases ganglionnaires inguinales. Mort, 6 mois plus tard.

Observation 4. — HUTCHINSON, in th. DAURIAC.

Femme, 48 ans. Début remontant à 1 an. Tumeur du volume d'une noix, localisée au clitoris. Pas de ganglions inguinaux. Opération au thermocautère. Microscopiquement : épithéliome pavimenteux.

Observation 5. — HUTCHINSON, in LEHMANN.

Femme, 53 ans. Ulcération cancéreuse (1 mark) de la région clitoridienne ; au-dessus, petit noyau dur, du volume d'un haricot. Pas de ganglions inguinaux. Excision au bistouri. 15 mois plus tard, récidive inopérable avec métastases dans les ganglions inguinaux.

Observation 6. — SOUBOUGYN, in th. DAURIAC.

Femme, 70 ans. Tumeur du volume d'une noix, implantée sur le clitoris. Pas de ganglions inguinaux. Excision au bistouri et au thermocautère. Pas de récidive. Microscopiquement : épithéliome.

Observation 7. — VON WINCKEL.

Femme, 40 ans. Tumeur du volume d'un thaler, occupant le clitoris. Dans le voisinage, sur les nymphes. Quelques petits noyaux. Opération.

Observation 8. — HIRIGOËN, in th. DAURIAC.

Femme, 65 ans. Ulcération de 6 centimètres de diamètre de nature papillomateuse, allant du clitoris au bord antérieur de la grande lèvre droite. Un petit ganglion inguinal gauche. Extirpation au thermocautère. 1 an après, mort par généralisation cancéreuse. Microscopiquement : épithéliome pavimenteux lobulé à globes épidermiques.

Observation 9. — VON ROKITANSKY.

Femme, 55 ans. Tumeur du volume d'une petite noix, occupant la région clitoridienne. Ablation au thermocautère.

Observation 10. — TRÉLAT, in th. DAURIAC.

Femme, 66 ans. Tumeur lobulée, ulcérée (50 centimes) du bord droit du clitoris. Un petit ganglion inguinal du côté gauche. Opération.

Observation 11. — SORBETS.

Femme, 65 ans. Début apparent remontant à 15 mois sous

forme de tumeur clitoridienne ulcérée du volume de l'extrémité du pouce. Au bout de 6 mois, cette tumeur a acquis le volume d'une noix et englobe les petites lèvres. Pas de ganglions inguinaux. Extirpation au bistouri.

Observation 12. — SIMMONS.

Femme, 69 ans. Tumeur clitoridienne du volume d'un shilling. Envahissement des ganglions lymphatiques de deux côtés. Extirpation de la tumeur au bistouri. 15 mois plus tard, récurrence. Microscopiquement : épithélioma.

Observation 13. — SCHRAMM.

Femme, 75 ans. Cancer limité au clitoris. Pas de ganglions inguinaux. Extirpation. Pas de récurrence au bout de 5 ans.

Observation 14. — SCHRAMM.

Femme, 76 ans. Cancer clitoridien empiétant sur la petite lèvre droite. Pas de ganglions inguinaux. Extirpation. Pas de récurrence au bout de 5 ans.

Observation 15. — OHLSHAUSEN, in th. MAASS.

Femme, 69 ans. Tumeur, longue de 6 centimètres, de la forme du doigt, ulcérée, occupant le clitoris. Ganglions inguinaux gauches hypertrophiés. Microscopiquement : carcinome. Extirpation au bistouri de la tumeur et des deux plus gros ganglions inguinaux. Quelques mois plus tard, récurrence qui n'est enlevée que deux ans plus tard, au thermocautère, en même temps que les

ganglions inguinaux droits. Ces derniers, microscopiquement, ne présentent pas de dégénérescence cancéreuse. Pas de nouvelle récidence un an après.

Observation 16. — BRAUN, in HOECKEL.

Cancer du clitoris. Extirpation.

Observation 17. — RICHET in th. DAURIAC.

Femme, 40 ans. Début, il y a 6 mois, au niveau de la grande lèvre droite. Au niveau de l'angle des grandes et petites lèvres, tumeur en chou-fleur. Ganglions inguinaux hypertrophiés des deux côtés. Extirpation de la tumeur et des ganglions au thermocautère. Microscopiquement : épithéliome ; ganglions pas dégénérés. Deux mois plus tard, récidence qui est enlevée au thermocautère.

Observation 18. — RIEDINGER.

Femme, 54 ans. Dans la région clitoridienne, masse végétante, du volume d'un cornichon, ayant 1 centimètre d'épaisseur. Un ganglion inguinal gauche, du volume d'une châtaigne. Excision de la tumeur au bistouri, suivie de thermocautérisation. Le ganglion est laissé ; or, dans la suite, il se développe un cancer ganglionnaire.

Observation 19. — ÉDIS.

Femme de 43 ans. Tumeur vasculaire, sans retentissement ganglionnaire. Extirpation au thermocautère. Pas de récidence au bout de 3-4 mois.

Observation 20. — BLÜMCKE.

Femme de 42 ans. Cancroïde du clitoris. Extirpation. Au bout de 2 ans, pas de récurrence locale, par contre, dans le paramètre gauche, masses dures ; ascite ; œdème de la jambe gauche.

Observation 21. — BLÜMCKE.

Femme, 65 ans. Cancroïde de la vulve à point de départ clitoridien. Infiltration ganglionnaire inguinale bilatérale. Extirpation de la tumeur et des ganglions ; ceux-ci ne sont pas cancéreux. Peu après l'opération, récurrence qu'on extirpe. Deuxième récurrence 2 mois après ; nouvelle extirpation. 4 ans après la malade n'avait pas eu d'autre récurrence.

Observation 22. — MERKLE.

Femme, 61 ans. Tumeur du volume d'une pomme, en voie de désagrégation, occupant le clitoris. Dans l'aîne gauche, ganglion dur, du volume d'une noix. Extirpation de la tumeur au thermocautère, le ganglion est laissé en place. 5 mois plus tard, le ganglion dégénère, puis peu après, cette dégénérescence gagne les ganglions des deux aînes. Mort dans le marasme. Microscopiquement : cancer.

Observation 23. — SCHMIDT.

Femme, 35 ans. Cancer vulvaire inopérable, à point de départ nettement clitoridien. Le clitoris, l'urètre et la paroi antérieure du vagin sont détruits. Plus tard, l'urètre est complète-

ment englobé dans les masses néoplasiques. Taille haute. Mort dans le marasme.

Observation 24 à 27. — TOWNSEND.

Quatre cas de cancer clitoridien dont l'un chez une jeune femme de 24 ans. Extirpation dans les 4 cas. Dans un cas, il y eut récurrence, dans les autres cas il se fit plus tard des métastases dans le foie et dans le péritoine.

Observation 28. — SCHWARZ.

Femme, 71 ans. Début, par ulcère saignant, remontant à 3 mois. Tumeur de la région clitoridienne, du volume d'une noix. Hypertrophie des ganglions inguinaux des deux côtés. Extirpation de la tumeur et des ganglions, ceux-ci ne sont pas dégénérés. Pas de récurrence plusieurs mois après l'opération.

Observation 29. — BRINDEL.

Femme, 70 ans. Début apparent 1 mois auparavant. Tumeur clitoridienne ayant envahi la petite lèvre gauche. Dans l'aîne gauche, tumeur ovale. Excision de la tumeur et des ganglions. 3 mois après, récurrence. Microscopiquement : épithéliome pavimenteux.

Observation 30. — LEECH.

Femme, 29 ans. Clitoris du volume d'un œuf de pigeon bosselé. Hypertrophie ganglionnaire dans l'aîne droite. Extirpation de la tumeur et des ganglions. Un an après, nouvelle dégénérescence ganglionnaire dans l'aîne droite et constatation d'un

petit noyau dans la grande lèvre droite. Extirpation de ce noyau et des ganglions. Quelques mois plus tard, mort par hémorragies dues à une récurrence inguinale ulcérée.

Observation 31. — JACOBS.

Femme, 63 ans. Épithéliome clitoridien. Infiltration des ganglions inguinaux. Extirpation de la tumeur et des ganglions.

Observation 32. — RAETHER.

Femme, 54 ans. Cancer primitif du clitoris. Extirpation.

Observation 33. — LOVRITCH.

Femme, 56 ans. Cancer clitoridien ulcéré du volume d'un œuf de poule. Microscopiquement : épithéliome pavimenteux à globes épidermiques.

Observation 34. — FLOCKEMANN.

Femme, 68 ans. Début, il y a quelques mois. Tumeur clitoridienne en chou-fleur, du volume d'une noix. Ganglions durs dans chaque aine. Extirpation de la tumeur et des ganglions. Mort rapide par récurrence.

Observation 35. — GOFFE.

Femme, 43 ans. Épithélioma clitoridien. Ganglions inguinaux infiltrés. Extirpation de la tumeur et des ganglions. 5 mois après, récurrence, extirpation. Microscopiquement : épithélioma.

Observation 36. — MUNCHMEYER.

Femme, 55 ans. Tumeur du volume d'une cerise, de la région clitoridienne. Pas de ganglions. Extirpation de la tumeur. Récidive environ 2 ans après.

Observation 37. — SIMPSON.

Épithélioma du clitoris. Extirpation.

Observation 38. — LEGER, in th. DAURIAC.

Femme, 62 ans. Épithélioma du clitoris remontant à un an. Extirpation. Un mois après récidive qu'on enlève au thermocautère. Un an après, mort par cachexie. A l'autopsie, métastases rénales et pulmonaires.

Observation 39. — CZERWINSKY, in JACOBY.

Femme, 58 ans. Depuis 2 ans, papillomes des organes génitaux externes. L'un de ces papillomes, du volume d'une noix, ulcéré, occupe le clitoris. Pas de ganglions inginaux. Extirpation.

Observation 40. — FRANCKE.

Femme, 68 ans, depuis 2-3 mois, ulcération des parties génitales. Sur le côté gauche du clitoris et empiétant sur le capuchon, ulcération de 1 mark, à base indurée. Pas de ganglions inguinaux. Excision. Au bout de 2 ans environ, récidive qu'on

extirpe. Au bout d'un mois, nouvelle récurrence qu'on extirpe encore. Microscopiquement : épithélioma pavimenteux.

Observation 41. — SCHWARZ.

Femme, 68 ans. Depuis 2-3 mois, ulcérations. Sur le côté gauche du clitoris, ulcère à base indurée de la dimension de 1 mark. Pas de ganglions inguinaux. Extirpation. Récurrence au bout de deux autres années, extirpation. 3 ans et 4 mois après la première opération, mort par cancer de la vulve (grande lèvre droite) avec dégénérescence ganglionnaire.

Observation 42. — KUSTNER.

Femme, 51 ans. Début remontant à un peu moins de 7 mois. Tumeur de la dimension de 2 marks occupant le clitoris, 2 ganglions inguinaux indurés (à gauche et à droite). Extirpation de la tumeur et des ganglions. Le ganglion gauche était cancéreux, le droit, non.

Observation 43. — ENGSTRÖM, in BJÖRKQVIST.

Femme, 21 ans. Début à la suite d'un traumatisme génital (?). Ulcération à fond induré comprenant la commissure vulvaire antérieure et une partie des portions supérieures des petites lèvres. Ganglions inguinaux des deux côtés hypertrophiés. Microscopiquement : cancer. Extirpation de l'ulcération et des ganglions. Récurrence après 9 mois.

Observation 44. — ENGSTRÖM, in BJÖRKQVIST.

Femme, 49 ans. Début apparent il y a 2 mois (nodosités en-

tre les lèvres). A la place du clitoris, tumeur, en partie ulcérée de 3 centimètres de diamètre, empiétant un peu sur la grande lèvre gauche. Quelques ulcérations sur la face interne des grandes lèvres. Mort un an après l'opération. Microscopiquement : cancroïde, ganglions non dégénérés.

Observation 45. — BOIVIN et DUGÈS.

Femme, 45 ans. Depuis 2 ans, existence d'une tumeur vulvaire que la femme considérait comme une chute de matrice. Tumeur racémeuse, du volume du poing, appendue par un long et mince pédicule au clitoris et aux petites lèvres. Extirpation. Mort peu de temps après.

Observation 46. — BEHREND.

Femme, 58 ans. Tumeur vulvaire existant depuis un an, limitée au clitoris et à son voisinage. Noyau du volume d'une cerise sur la grande lèvre droite. Pas de ganglions inguinaux. Extirpation au bistouri et aux ciseaux. Microscopiquement : épithéliome.

Observation 47. — HUBER, in th. DAURIAC.

Femme, 55 ans. Depuis 6 mois apparition de noyaux au niveau de la vulve, noyaux qui croissent progressivement. Au niveau du clitoris, petite tumeur arrondie, ulcérée ; prépuce indurée et ulcérée ; petits noyaux indurés et arrondis au niveau des petites lèvres. Dans l'aîne gauche, petit ganglion hypertrophié, indolent. Extirpation à l'aide des ciseaux.

Observation 48. — POLAILLON.

Femme, 70 ans. Début apparent 3 semaines auparavant. Tumeur du volume d'un œuf de poule englobant le clitoris et les petites lèvres. Pas de ganglions inguinaux. Extirpation au thermocautère.

Observation 49. — OLSHAUSEN, in MAASS.

Femme, 67 ans. Cancer siégeant sur le clitoris et la petite lèvre gauche. Pas de ganglions inguinaux. Extirpation. Un an après, récurrence, mort.

Observation 50. — SECHEYRON, in DAURIAC.

Femme, 61 ans. Il y a 5 mois, aurait déjà remarqué des ulcérations au niveau de la vulve. Il existe au niveau du clitoris, une ulcération de la grosseur d'une pièce de 50 centimes s'étendant jusque sur la petite lèvre droite.

Observation 51. — BLÜMCKE.

Femme, 77 ans. Cancroïde du volume d'une noix siégeant sur le clitoris et englobant l'urètre.

Observation 52. — BLÜMCKE.

Femme, 54 ans. Cancroïde ulcéré du volume d'une noisette siégeant sur le capuchon du clitoris et la petite lèvre droite. Pas de ganglions inguinaux. Extirpation au bistouri. Un an après,

récidive qu'on extirpe également. 5 mois après dernière récidive, qui est bientôt suivie de mort.

Observation 53. — INGERMANN-AMITIN.

Femme, 47 ans. Début apparent, 5 mois auparavant. Tumeur de la région clitoridienne du volume d'un œuf de poule, pédiculée, ulcérée, ayant empiété sur les grandes lèvres de chaque côté. Extirpation avec l'anse galvanique, 15 mois après, nodosité indurée dans l'aîne gauche.

Observation 54. — FAGUET, in LOURADOUR.

Femme, 47 ans. Début il y a 8 mois, par excoriation due au grattage et qui ne se cicatrises plus. Au niveau de la commissure supérieure de la vulve, petite tumeur du volume d'une noix englobant le clitoris et la partie supérieure des grandes et petites lèvres de chaque côté. Pas de ganglions inguinaux. Extirpation. Microscopiquement : épithéliome pavimenteux lobulé.

Observation 55. — JAKOBS, in LOURADOUR.

Femme, 59 ans. Tumeur du volume d'un œuf de poule, en partie ulcérée, englobant le clitoris et la petite lèvre gauche. Ganglions lymphatiques en partie hypertrophiés. Extirpation de la tumeur et des ganglions. Microscopiquement : épithéliome. Six mois après, récidive qu'on extirpe ; puis bientôt, nouvelle récidive et mort.

Observation 56. — GODART.

Femme, 68 ans. Début trois mois auparavant. Ulcération ir-

régulière, à bords indurés comprenant le clitoris et une partie de la petite lèvre droite. Extirpation. Microscopiquement : cancroïde.

Observation 57. — BUNGE.

Femme, 66 ans. Ulcération infiltrée de la dimension d'une pièce de 5 pfennigs, englobant le clitoris et les deux lèvres, particulièrement la gauche. Extirpation.

Observation 58. — KOPPERT.

Femme, 54 ans. A l'âge de 8-9 ans, traumatisme des organes génitaux externes avec formation d'un hématome qui persistait encore au moment du mariage et à la place duquel s'est développée, dans la suite, la tumeur actuelle qui a 6 centimètres de longueur, de 3 à 5 centimètres de diamètre, est ulcérée et occupe le clitoris et une partie de la petite lèvre. Ganglions inguinaux hypertrophiés des deux côtés. Extirpation.

Observation 59. — KOPPERT.

Femme, 59 ans. Dans la région clitoridienne, ulcération granuleuse s'étendant sur la grande et la petite lèvres gauches et presque jusqu'à l'urètre. Ganglions inguinaux infiltrés. Extirpation de la tumeur et des ganglions.

Observation 60. — KOPPERT.

Femme, 43 ans. Début il y a 4 mois. Tumeur en partie ulcérée, occupant la région clitoridienne. Petit noyau dans la partie postérieure de la grande lèvre droite. Pas de ganglions inguinaux. Microscopiquement : cancer. 5 mois plus tard, récurrence.

Observation 61. — KOPPERT.

Femme, 68 ans. Petit noyau vulvaire ayant débuté 4 mois auparavant. Extirpation. Au bout de 4 mois, récurrence avec infiltration ganglionnaire. Extirpation. Exploration microscopique : épithéliome pavimenteux.

Observation 62. — JOUIN in DAURIAC.

Femme, 44 ans. Ulcération à base indurée, avec plaques leucoplasiques environnantes, de la dimension d'une pièce de 2 francs, portant sur le clitoris et la partie supérieure de la grande lèvre. Extirpation de l'ulcération et des plaques au thermo.

Observation 63. — CZERWINSKI in JACOBY.

Femme, 58 ans. Début remontant à quelques mois. Au niveau du clitoris, tumeur ulcérée du volume d'une noix, qui empiète également sur la petite lèvre droite. Infiltration ganglionnaire des deux aines. Extirpation de la tumeur et de la petite lèvre droite.

Observation 64. — CZERWINSKI, in JACOBY.

Femme, 36 ans. Début de la tumeur, il y a 5 ans. Tumeur clitoridienne, du volume d'une prune, avec envahissement des deux petites lèvres. Pas d'infiltration ganglionnaire. Extirpation de la tumeur et des petites lèvres.

Observation 65. — FRANKE.

Femme, 70 ans. Dans la région du clitoris et des petites lèvres induration diffuse de la dimension d'une noix. Extirpation de la

tumeur et des ganglions inguinaux. Microscopiquement : épithéliome pavimenteux.

Observation 66. — INGERMANN-AMITIN.

Femme, 62 ans. Petites lèvres englobées dans leur 2/3 antérieurs ainsi que le clitoris, par une tumeur ulcérée du volume d'une prune. Ganglions inguinaux hypertrophiés. Extirpation de la tumeur et des ganglions. Un an après, récurrence. Extirpation.

Observation 67. — SCHWARZ.

Femme, 70 ans. Induration diffuse de la région du clitoris et des petites lèvres, atteignant les dimensions d'une noix. Extirpation de la tumeur et des ganglions inguinaux de chaque côté. Microscopiquement, ceux-ci ne sont pas dégénérés. Au bout de deux ans, récurrence.

Observation 68. — MC. CLINTOCK.

Femme, 66 ans. Début de la tumeur, 6 mois auparavant, clitoris énormément hypertrophié et dur, en partie ulcéré ; la tumeur empiète sur le bord droit de l'orifice vaginal. En raison du stade avancé des lésions, pas d'intervention.

Observation 69. — BOIVIN ET DUGÈS.

Femme, 34 ans. Début par prurit, puis hémorragies, puis augmentation du volume du clitoris qui devient dur et douloureux, atteint le volume du petit doigt, enfin apparitions de végétations et d'ulcérations qui envahissent tout le vagin et gagnent jusqu'au col utérin. Mort.

Observation 70. — MAYER.

Femme, 64 ans. Début un an auparavant au niveau du clitoris ; puis propagation progressive au reste des organes génitaux externes. Au moment de l'admission à la clinique elle atteint de 8 à 10 centimètres de diamètre, occupe la place de la vulve et englobe ses différentes parties. Sur la partie supérieure de cette tumeur on voit des vestiges du clitoris en partie envahi par la néoplasie. Ganglions inguinaux hypertrophiés et durs de chaque côté. D'autres ganglions sous-cutanés au niveau du Mont de Vénus. La tumeur paraît inopérable et on se borne à faire l'examen biopsique d'un fragment ainsi que d'un ganglion inguinal : squirrhe. Métastases cutanées. Mort par lésion cérébrale.

Observation 71. — MAYER.

Femme, 64 ans. Ulcération à base infiltrée, occupant le clitoris ; induration de la moitié supérieure des grandes lèvres et de la totalité des petites lèvres ; de ces dernières, celle de gauche contient un noyau du volume d'un haricot, ulcéré ; sur la nymphé droite mêmes ulcérations que sur le clitoris ; le méat urinaire englobé dans des masses dures, est rétréci. Dégénérescence des ganglions inguinaux des deux côtés. En raison de l'étendue des lésions et de l'état général mauvais de la malade, on s'abstient de toute intervention. Mort par cachexie au bout de quelques mois. Microscopiquement (biopsie) : squirrhe.

Observation 72. — BEHREND.

Femme, 43 ans. Début apparent à la suite d'un traumatisme ayant porté sur la région vulvaire. Ulcération à base indurée, hypertrophiée, portant sur le clitoris ; hypertrophie avec indu-

ration de la moitié supérieure des grandes lèvres et de la totalité des petites lèvres. Adénopathie inguinale bilatérale. Extirpation au bistouri de la tumeur. Pas d'extirpation des ganglions qui, dans la suite, régressent spontanément. Revue l'année d'après sans récurrence.

Observation 73. — PERCHERON, in DAURIAC.

Femme, 70 ans. Tumeur englobant le clitoris et la petite lèvre droite. Ganglions inguinaux hypertrophiés à gauche. Extirpation de la tumeur et de l'un des ganglions ; dans l'un et dans l'autre le microscope révèle de l'épithéliomé. Récurrence un an et demi après, au niveau de la vulve et des ganglions inguinaux gauches. Mort 6 mois après. A l'autopsie : volumineux ganglions dans l'aîne droite ainsi que le long de l'artère iliaque droite et le long de l'aorte à droite. Quelques noyaux dans la partie supérieure de la cuisse, le petit bassin et sur le fond de l'utérus.

Observation 74. — VERNEUIL, in PETIT L.-H.

Femme, 60 ans. Début remontant à un an. Tumeur clitoridienne ulcérée s'étendant jusqu'au voisinage du méat ; infiltration dure de la partie supérieure des grandes lèvres s'étendant jusqu'au mont de Vénus. Pas de ganglions inguinaux appréciables (malade grasse). Extirpation à l'anse galvanique et à l'écraseur. Récurrence locale et ganglionnaire deux mois après la sortie de l'hôpital. Épithélioma suppuré des ganglions inguinaux et iliaques, d'où : mort par péritonite environ 7 mois après la première opération.

Observation 75. — Observation 15, in th. DAURIAC.

Femme, 48 ans. Début environ un an auparavant. Tumeur

arrondie du volume d'une noix, limitée au clitoris. Pas de ganglions inguinaux. Extirpation au thermocautère. Microscopiquement : épithéliome pavimenteux.

Observation 76. — LEHMANN.

Femme, 54 ans. Néoplasme de la région du clitoris et des grandes lèvres : induration profonde avec ulcération superficielle ; le clitoris est le siège d'un noyau isolé. Ganglions inguinaux indurés des deux côtés. Extirpation de la tumeur seule : on pense qu'après cette ablation les ganglions inguinaux régresseront. Mais, cela ne se produisant pas, on extirpe ces ganglions dans une seconde séance, 15 jours après (il y en avait une quinzaine).

Observation 77. — LEHMANN.

Femme, 53 ans. Début remontant à 4 mois. Dans la région clitoridienne ulcération indurée de la dimension d'un mark, avec une autre petite ulcération de même caractère au-dessus. Pas de ganglions inguinaux. Extirpation au bistouri. Récidive vulvaire 6 mois après, avec dégénérescence des ganglions inguinaux ; noyaux ulcérés au niveau du mont de Vénus. On considère cette récidive comme inopérable.

Observation 78. — LEPREVOST, in DAURIAC.

Femme, 52 ans. Ulcération indurée ayant détruit en partie le clitoris et la petite lèvre gauche (prise au début pour un chancre induré). Quelques noyaux dans la paroi antérieure du vagin. Ganglions lymphatiques hypertrophiés dans l'aîne droite. Extirpation du néoplasme et des ganglions au bistouri. Récidive vaginale et ganglionnaire au bout de trois mois, cachexie. Mort 2 mois après.

Observation 79. — SECHEYRON, in DAURIAC.

Femme, 76 ans. Tumeur clitoridienne s'étendant à droite et à gauche sur les deux petites lèvres, ulcérée sur sa face interne. Dans les deux aines ganglions indurés.

Observation 80. — DESCHAMPS, in LOURADOUR.

Femme, 75 ans., Début, 2 mois auparavant, par un noyau induré sur la face externe de la grande lèvre droite, bientôt suivi de l'apparition d'un deuxième noyau plus haut. Tumeur sous forme de plaques indurées englobant actuellement toute la vulve — clitoris et grandes lèvres — à la façon d'un anneau ; le vagin présente également une plaque indurée vers le milieu de son bord droit. Ganglions indurés dans les deux aines. Tumeur inopérable. Mort en quelques mois. Microscopiquement : épithélioma.

Observation 81. — LIPINSKY, in BJÖRQVIST.

Femme, 60 ans. Absence congénitale des petites lèvres. Clitoris également mal formé, sans prépuce et sans gland présentant à sa partie supérieure une petite tumeur ulcérée, papillomateuse. Deux papilles semblables, encore plus larges, se trouvent sur la face interne de la grande lèvre. Gros ganglions inguinaux de chaque côté. Histologiquement (biopsie de la tumeur) : cancroïde. Extirpation en deux séances séparées par un intervalle d'un mois, de la tumeur d'abord, des ganglions lymphatiques ensuite ; ceux-ci examinés au microscope se montrèrent également cancéreux. Sans récédive encore un an après.

Observation 82. — MENDES DE LEON.

Femme, 66 ans. Épithélioma ulcéré de la vulve. Pas d'adénopathie inguinale.

Observation 83. — BOCHENSKI.

Bochenski présente une malade qui était atteinte de cancer clitoridien avec kraurosis vulvæ et chez qui il a dû enlever tous les organes génitaux externes en même temps que toute la peau du mont Vénus. Guérison.

Observation 84. — POTENKO.

Cancer primitif du clitoris ; guérison.

Observation 85. — ZACHARIAS.

Zacharias rapporte l'observation d'une femme de 44 ans chez qui un médecin avait excisé, 4 ans auparavant, un petit ulcère des organes génitaux externes et qui vint le consulter pour un cancer clitoridien du volume du pouce s'accompagnant d'ulcérations par contact de l'entrée du vagin et de la commissure postérieure. Zacharias fit l'opération suivante :

- Il commença par enlever de chaque côté les ganglions inguinaux en un seul bloc avec le tissu graisseux qui les englobait, de telle sorte qu'après cette ablation l'aponévrose sous-jacente et la saphène étaient complètement à nu. Les plaies résultant de ces excisions furent ensuite suturées, et la vulve tout entière circonscrite par une incision. Les téguments détachés des plaies profondes furent rabattus au-devant de l'entrée du vagin avec des pinces à griffes, de façon à isoler complètement la tumeur

de la surface cruentée. Le canal vaginal fut alors détaché sur tout son pourtour, décollé du rectum et finalement sectionné de telle façon que les parties à enlever ne tenaient plus qu'au niveau du clitoris et de l'urètre. A ce moment seulement on excisa le clitoris et environ un centimètre et demi de la portion antérieure de l'urètre envahie par le néoplasme. Après suture de la tranche de section urétrale à la tranche de section vaginale, celle-ci fut bordée par de nombreux points de suture perdus à la peau avoisinante.

Observation 86. — FALK.

Falk présente un cancer du clitoris qu'il a enlevé, il y 9 mois, chez une femme de 73 ans qui depuis est restée sans récidue, bien qu'elle n'ait pas été opérée radicalement et bien que même les ganglions inguinaux — dont l'un avait pourtant le volume d'un haricot — n'aient pas été enlevés, cela en raison de l'état de décrépitude de la malade.

Le clitoris était transformé en une tumeur assez dure du volume d'une noix, ulcérée à sa surface. L'examen biopsique d'un fragment de la tumeur avait montré sa nature cancéreuse. Avant l'opération on crut devoir assurer l'hémostase préalable par plusieurs ligatures profondes placées par transfixion tout autour de la tumeur. Bien que ces fils eussent été enlevés au bout de 24 heures, on vit apparaître au troisième jour après l'opération un œdème considérable et, au milieu de poussées de température, d'ailleurs modérées, on assista à l'élimination de grands lambeaux de tissus nécrosés.

Observation 87. — NEUHAUS.

Il s'agit d'une veuve de 52 ans, mère de deux enfants en bonne santé.

Histoire de la maladie. — La malade est vue dans la der-

nière quinzaine de janvier pour prurit vulvaire datant de 2 ans, extrêmement intense et ayant résisté à différents traitements. La malade refuse de se laisser examiner.

Traitement. — Acide borique et bromure de sodium, teinture de belladone à l'intérieur. Injections vaginales de bichlorure. Pommade à l'oxyde de zinc avec 8 pour 100 de phénol. Amélioration. Mais le 19 mars brûlure à la miction.

Examen. — Après insistance vive du médecin : rien à l'urètre, pas de pertes vaginales. Mais tumeur du clitoris de la grosseur d'une noisette reposant sur du tissu infiltré et dur. Surface ulcérée, écoulement sanieux, saignant facilement. Pas d'augmentation des ganglions lymphatiques.

Opération et résultat. — Ablation de la tumeur le lendemain sous anesthésie générale. Le clitoris et la partie supérieure de la petite lèvre droite, ainsi qu'une notable portion du tissu enflammé et infiltré environnant sont enlevés.

La blessure cicatrise par première intervention sauf à l'angle inférieur de la petite lèvre qui cicatrise au bout de deux semaines. Depuis, aucun signe de récidence.

Actuellement à la partie supérieure près du clitoris il y a une plaque blanchâtre analogue à de la leucoplasie et pouvant être soupçonnée néoplasique.

La brûlure à la miction a disparu.

A aucun moment la malade n'eut conscience de la tumeur.

Jusqu'à la fin le prurit a masqué la cuisson en urinant. On peut conclure que le prurit était indépendant de la tumeur, mais qu'il a aisément disparu sous l'influence du traitement fait alors.

Examen histologique : Dr. Baumhart : Épithélioma du type squameux.

Observation 88. — LLOYD ROBERTS.

Cas I. — L'auteur montre un exemple d'épithélioma du cli-

toris. Une femme de 45 ans avait une large masse fongueuse occupant la grande lèvre droite et une partie de la gauche. Dix-huit mois auparavant, cette lésion avait commencé par une tumeur occupant le clitoris. Cette masse fut enlevée largement. Elle n'avait pas envahi le vagin et on ne trouvait pas de ganglions hypertrophiés, l'examen microscopique prouva qu'il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux.

Observations 89 et 90. — LLOYD ROBERTS. — Cas II et III.
Carcinoma of the clitoris.

L'auteur présente un spécimen de cette rare localisation du cancer à l'appareil génital externe enlevé chez une femme de 31 ans, chez laquelle avait été constatée la présence de cette tumeur depuis 7 ans. L'auteur présente en même temps des coupes microscopiques de ce cas et d'un cas analogue qu'il a présenté l'année précédente.

Observation 91. — LEIGH DAY.

L'auteur a reçu, il y a un mois, la visite d'une femme se plaignant d'une irritation de la vulve et de brûlures avec la miction, en même temps que d'une douleur dans la région génitale. Pas d'hémorragies. A l'examen, tumeur rouge, des dimensions d'une fraise, débordant le bord antérieur des petites lèvres. A la palpation, cette tumeur est molle et elle prend son point de départ au niveau du capuchon du clitoris. L'auteur enleva cette masse. A l'examen microscopique il constata qu'il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux avec larges nids cellulaires et transformation cornée bien marquée. La malade n'avait éprouvé aucun trouble jusqu'à il y a 4 mois, époque à laquelle elle ressentit un prurit ; elle n'avait remarqué la présence d'une tumeur que deux

mois auparavant, mais depuis le développement avait été rapide. La malade avait 60 ans, elle avait eu onze enfants et pas de fausse couche. Ménopause à 41 ans.

Observation 92. — BERTINO.

Femme de 34 ans, sans enfants, chez laquelle s'est développé en 1901 au niveau du clitoris un kyste dermoïde qui a peu à peu grossi, s'est ouvert et vidé spontanément au bout de 3 mois et est resté fistuleux pendant plusieurs mois. Vers octobre 1901, la tumeur augmente à nouveau et progressivement de volume jusqu'au début de février 1902 où la tumeur s'ulcère et s'ouvre pour la seconde fois mais sans diminution de volume. La malade vient consulter et on trouve au niveau du clitoris une tumeur molle ulcérée, et fistuleuse assez bien limitée. Le méat et les petites lèvres sont intacts. Pas de ganglions.

Diagnostic. — Kyste dermoïde suppuré du clitoris. Ablation sanglante de la tumeur le 21 février 1902. Suture. La malade sort le 30^e jour.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un kyste dermoïde suppuré du clitoris avec dégénérescence cancéreuse secondaire.

La malade mourut de récurrence locale en décembre 1902.

Observation 93. — SMITH R. R.

Smith montre une pièce d'épithélioma du clitoris enlevée chez une femme de 76 ans. La tumeur avant l'opération mesurait à peu près $1/2$ pouce de long et un peu moins de $3/8^m$ de large. La base d'implantation de la tumeur se prolongeait surtout vers la face interne de la grande lèvre gauche.

Observation 94. — PERRUCHET. — in th. BORDÈRES.

Mme C..., 25 ans, de Saint-Seine-sur-Virgane, vient me consulter le 28 janvier 1900. Elle me raconte que, réglée à l'âge de 12 ans, elle a toujours eu depuis cette époque des démangeaisons vulvaires augmentant d'intensité au moment de la menstruation. Jamais de leucorrhée. Mariée depuis 18 mois, elle accouche il y a quatre mois d'une petite fille bien portante ; et peu après l'accouchement, elle voit apparaître à la partie supérieure de la vulve une petite tumeur au sujet de laquelle elle me demande mon avis, réclamant surtout de faire cesser ces démangeaisons vulvaires qui, depuis deux mois sont devenues intolérables.

En examinant la malade, je trouve le gland du clitoris considérablement augmenté de volume ; il a la grosseur d'une noisette, fait saillie entre les lèvres. Cette petite tumeur blanc sale est hérissée de petites papilles nombreuses, séparées par des sillons plus ou moins profonds. C'est l'aspect d'un papillome. Cette tumeur est dure au toucher, les papilles ont la consistance cornée ; elles sont sèches, sans aucun suintement, résistent au frottement, reposant sur une base indurée.

En écartant les lèvres de la vulve, on s'aperçoit que la tumeur siège exactement sur le gland du clitoris, sans empiéter sur le fourreau. *Elle repose sur une plaque de leucoplasie en forme de fer à cheval, large d'environ 15 à 20 millimètres et qui descend de chaque côté du clitoris symétriquement jusqu'au niveau d'une ligne passant à peu près par le méat urinaire.* Cette plaque est blanche, lisse, sans sillons ni fissures ; elle est bordée par un très fin liséré rouge. La plaque est souple, l'enduit blanc nacré est très adhérent, ne peut être détaché par un frottement énergique avec un tampon de coton ; en raclant avec une lame de ciseaux, on fait saigner la muqueuse.

Plus bas, au voisinage de la fourchette, il existe sur la lèvre droite une seconde plaque de leucoplasie de la largeur d'une pièce

de deux francs, très légèrement ovale, d'un blanc sale, très légèrement surélevée au-dessus de la muqueuse saine. La partie centrale de cette plaque est sillonnée de fissures très superficielles délimitant de très petits quadrilatères légèrement saillants. Cette portion de la plaque, à aspect craquelé, n'a pas plus de 1 centimètre de diamètre. Ici pas de liséré rouge bordant la plaque, mais l'enduit est adhérent et ne se laisse pas détacher. Le vagin est net de toute lésion.

Je cherche avec soin s'il existe de l'adénopathie inguinale ; il ne m'est pas possible, malgré la plus grande attention, de trouver le plus petit ganglion.

La malade me dit n'avoir jamais eu de maladie sérieuse. Aucune trace de syphilis : les parents, toujours bien portants, vivent encore et ne présentent rien dans leur passé pathologique qui puisse rappeler la syphilis. L'enfant de la malade est un bel enfant, bien portant, ne présentant aucune tare. L'état général de Mme C... est parfait.

Je porte le diagnostic de leucoplasie vulvo-vaginale et fais des réserves sur le pronostic, regardant comme suspecte la tumeur clitoridienne sans oser affirmer toutefois qu'il s'agit d'un épithélioma. Je propose l'extirpation totale des lésions et la pratique le 31 janvier 1900. J'enlève le clitoris en entier, toute la muqueuse atteinte de leucoplasie, dépassant largement les limites du mal et je suture les parties cruentées. Les suites furent des plus simples, et au bout de douze jours la malade quittait la maison de santé, la réunion étant complète, et je me bornai à prescrire des soins de propreté les plus minutieux. Je perdis la malade de vue. Elle revint au mois de mai 1902, se plaignant d'une grosseur qui, depuis trois mois, s'était montrée dans l'aîne gauche et de démangeaisons vulvaires. Ces dernières, complètement disparues après l'opération, avaient cessé pendant cinq ou six mois. La malade avait considérablement maigri depuis ma dernière visite.

J'examine la région indiquée et je constate l'existence d'un ganglion inguinal gauche, de la grosseur d'une noix, adhérent à

la peau et aux parties profondes, se continuant par un cordon dur avec une masse ganglionnaire de la grosseur du poing qui occupe tout le côté gauche de l'excavation pelvienne.

Du côté droit, pas d'adénopathie. Sur la vulve, on voit à droite, les traces de la première intervention. Ce sont des cicatrices linéaires souples à peine apparentes, mais sur la lèvre gauche, ou plutôt sur ce qui reste de la lèvre gauche, on aperçoit deux plaques de leucoplasie, l'une de la largeur d'une pièce de vingt sous, l'autre de cinquante centimes, cette dernière descendant presque au niveau de la fourchette. Rien dans le vagin.

La malade entra à l'hôpital où elle fut opérée par le chirurgien de service, qui se borna à lui enlever le ganglion inguinal. La plaie guérie, la malade rentra chez elle. On lui prescrivit des injections sous-cutanées de sulfate de quinine. J'ai appris qu'elle était morte environ trois mois après cette seconde intervention, au milieu de douleurs atroces et dans un état de cachexie profonde.

Observation 95. — MORESTIN, in th. BORDÈRES.

Une femme de 75 ans, est entrée le 10 avril à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Richelot, isolement n° 4, pour une ulcération vulvaire, qui détermine des douleurs pendant la marche, des saignements répétés, et s'accompagne d'une sécrétion abondante et fétide. Cette lésion évolue depuis plusieurs mois, mais la malade n'en peut préciser le début. Quand les cuisses sont rapprochées ou même modérément écartées, on ne voit rien d'anormal extérieurement. Il faut, pour apercevoir l'ulcération, séparer les grandes lèvres qui sont volumineuses et fort chargées de graisse, au-dessous d'un pénil très adipeux et saillant. Étendue par cette manœuvre, la lésion se présente comme une surface granuleuse, couverte de mamelons rosés, et çà et là semée de détritits sphacéliques, et enduite d'un ichor sanieux, d'odeur fort désagréable. Elle repose sur une sorte de plaque

mince, mais ferme dont la jonction forme un léger bourrelet autour de la surface ulcérée. Ses dimensions sont comparables à celles d'une pièce de 5 francs ; en laissant les grandes lèvres revenir sur elles-mêmes, on voit se creuser une gouttière médiane, puis les deux moitiés se rapprocher comme les feuillets d'un livre et enfin se mettre en contact, les parties droite et gauche présentant d'ailleurs la même étendue et se trouvant symétriques. L'ulcération va depuis la commissure antérieure de la vulve jusqu'au voisinage immédiat du clitoris, d'autre part elle s'étend de chaque côté jusqu'au bord libre de la grande lèvre, s'arrêtant seulement à 2 ou 3 millimètres de ce bord. La nature épithéliale de cette lésion n'était pas douteuse.

On voyait encore à l'entrée de la vulve des plaques leucoplasiques légèrement exulcérées en certains points. Dans le triangle de Scarpa, à droite au milieu de la graisse accumulée en grande abondance, au point de déformer la région, on sentait un ganglion de consistance assez ferme, arrondi, mobile encore, indolent.

En dehors de la marche, la lésion vulvaire ne déterminait aucune souffrance ; il n'y avait rien ailleurs et l'état général était assez satisfaisant.

Le 19 avril, j'ai fait tout d'abord l'ablation du ganglion inguinal suspect, puis l'excision de la plaque épithéliomateuse en passant aussi loin que possible des bords de l'ulcération.

Après hémostase, je réunis sur la ligne la partie antérieure des deux grandes lèvres, fort amincies. Ce rapprochement supprimait toute la partie préclitoridienne de la vulve. C'était d'ailleurs la seule façon de réunir commodément la plaie.

Cette femme sortit de l'hôpital dans les premiers jours de mai, la réunion primitive avait été obtenue d'une manière très exacte.

Depuis je n'en ai pas eu de nouvelles.

M. Milian a examiné les pièces et constaté qu'il s'agissait bien, comme nous le pensions, d'un épithélioma pavimenteux, à globes épidermiques.

Il était important d'être fixé au sujet du ganglion.

Or les préparations microscopiques permettent d'affirmer que ce ganglion n'est pas cancéreux. Il présente simplement des altérations inflammatoires chroniques.

Observation 96. — SCHMIDLECHNER, in th. BORDÈRES.

Cette observation concerne une femme de 67 ans, X pare, ayant accouché pour la dernière fois il y a 22 ans ; depuis 17 ans, ménopause ; depuis 4 ans, prurit intense de la région vulvaire. La tumeur qu'elle présente actuellement daterait d'environ un an.

Le clitoris est remplacé par une petite masse, grosse comme une noisette, qui s'étend un peu sur la petite lèvre droite ; elle a un aspect mûriforme et saigne facilement. Pas de ganglions inguinaux appréciables. Excision large au bistouri et guérison par première intention.

Le microscope montre qu'il s'agit d'un épithéliome pavimenteux corné.

Au bout d'un an, récidence et mort quatre mois plus tard.

Observation 97. — SCHMIDLECHNER, in th. BORDÈRES.

J. P..., 59 ans, secondipare, dernier accouchement il y a 33 ans. Ménopause depuis 15 ans. Depuis deux mois la malade souffre de fortes démangeaisons des organes génitaux, bientôt accompagnées d'un écoulement vaginal.

Examen. — A la partie supérieure de la vulve se trouve entre les deux petites lèvres une tumeur de la grosseur d'une noisette, inégalement bosselée, saignant facilement, douloureuse au toucher. Elle s'étend par une base large sur toute la région clitoridienne, débordant même sur la peau.

Les organes génitaux internes sont en évolution sénile.

Les ganglions inguinaux, gros comme une noisette, adhèrent aux tissus environnants.

Comme on ne pouvait tenter une opération radicale, on dut entreprendre une opération palliative. On décolla la tumeur par sa base avec la région péri-urétrale.

Ablation, ligature de quelques artères, réunion des bords de la plaie par suture à la soie, pansement au xéroforme. Bonne cicatrisation.

Anatomie pathologique. — La tumeur enlevée est de la grosseur d'une noix, d'un côté elle adhère sur plusieurs centimètres à la petite lèvre. Sur la surface de section on distingue une région marginale large de 2 à 3 centimètres, grise et sinueuse, et une région médiane, finement fibreuse, blanche.

Examen microscopique. — 1° Coupes faites ailleurs que dans la région superficielle de la tumeur. La substance fondamentale est constituée par un tissu conjonctif filamenteux d'aspect fasciculé, pauvre en vaisseaux, dans lequel on voit une infiltration diffuse de cellules rondes; 2° région superficielle: on trouve une couche d'épithélium plat, couche large et mal délimitée d'où partent des boyaux épithéliaux qui s'enfoncent dans le tissu sous-jacent. Les coupes peuvent montrer des îlots épithéliaux entourés de tissu conjonctif.

On trouve aussi de nombreux globes épidermiques.

Sur une coupe faite à la base de la tumeur on voit: du tissu conjonctif ordonné en faisceaux ondoyants, et un tissu comprenant le système de cavités qui forment le corps caverneux du clitoris, cavités tapissées d'un endothélium vasculaire.

Dans leur voisinage immédiat on voit les travées épithéliales qui ont plongé jusque-là par endroits. Les cellules épithéliomateuses sont grandes, pauvres en protoplasma, les noyaux sont en karyokinèse.

Observation 98. — P. SOUBEYHAN et Ed. BOSCH,
in th. BORDÈRES.

J. D..., âgée de 45 ans, ménagère, entre le 20 septembre 1902

dans le service de M. le Pr Tédénat pour une ulcération de la vulve.

Le début de l'affection remonte à deux mois et demi et se fit par des cuissons ressenties dans la région vulvaire ; il existe de plus des pertes blanches assez abondantes ; pas de pertes rouges anormales.

On constate au niveau de la vulve l'existence d'une ulcération allongée, longue de deux centimètres et demi environ, qui occupe exactement la place du clitoris ; ce dernier a disparu, le reste du capuchon est très hypertrophié, saillant, et les bords de l'ulcération sont occupés par des bourgeons exubérants et durs ; le fond est saigneux et anfractueux ; la lésion s'arrête latéralement au niveau du sillon des grandes lèvres ; les petites lèvres sont à peine envahies à leur racine postérieure ; le méat urinaire est en plein tissu sain.

Pas d'adénopathie inguinale ; rien à l'utérus.

Diagnostic. — Épithélioma limité au clitoris.

Opération (22 septembre). — Anesthésie au mélange éther chloroforme.

Deux incisions empiétant sur la face interne des grandes lèvres circonscrivent la tumeur, qui est facilement enlevée avec le bistouri. Suture, avec des crins, des deux bords de la plaie.

Suites opératoires excellentes. Sortie le 30 septembre ; guérison complète.

Examen histologique (dû à l'obligeance de M. Bosc). — Épithélioma pavimenteux typique.

Observation 99. — FILEUX, in th. BORDÈRES.

La malade, Jeanne C..., âgée de 76 ans, journalière entrée à l'hôpital Boucicaut, le 5 avril 1900, *pour des démangeaisons qu'elle ressent dans la région du clitoris.*

Le début de l'affection remonte au mois de décembre der-

nier; elle éprouvait des démangeaisons à la vulve qui l'obligeaient à se gratter.

Quelques jours après la malade ressentait ses premières douleurs en urinant.

Elle fut examinée à quelques temps de là, par le D^r Gérard-Marchant, qui constata une tuméfaction du clitoris avec ulcération de la face inférieure de cet organe. Vu le grand âge de la malade, on lui dit d'attendre et de revenir pour se faire examiner quelques semaines plus tard.

Elle revient le 5 avril, et ce jour-là, on constate les lésions suivantes : le clitoris est très hypertrophié, à la fois en longueur et en largeur; depuis l'angle supérieur de réunion des grandes lèvres jusqu'au bord inférieur du capuchon clitoridien; le fourreau de cet organe devenu très saillant, cylindrique, mesure 6 à 7 centimètres de long. La peau qui le recouvre est lisse, luisante et comme tendue.

En relevant le clitoris, on voit que sa face inférieure est ulcérée, recouverte de bourgeons charnus, exubérants, séparés par des anfractuosités profondes, tapissée d'un enduit adhérent blanchâtre.

Tout l'organe mobilisé dans le sens latéral donne une sensation d'induration en masse qui s'enfonce assez loin dans la profondeur.

• Les petites lèvres sont maintenant aussi atteintes par la néoplasie. Tandis que leur face externe est lisse et normale, leur face interne est recouverte des mêmes bourgeons et des mêmes anfractuosités que sur la face inférieure du clitoris.

La région intermédiaire (c'est-à-dire la zone qui entoure le méat urétral, le méat lui-même, l'orifice et les parois du vagin) est absolument souple et paraît normale.

On ne constate aucun ganglion dans le voisinage. On porte donc le diagnostic d'épithélioma limité du clitoris, propagé aux petites lèvres.

L'examen des urines dénote une petite quantité d'albumine; aussi en raison de ce fait et du grand âge de la malade, on décide l'intervention sans anesthésie générale.

L'opération a eu lieu le 11 avril avec anesthésie au chlorure d'éthyle et à la cocaïne ; on trace deux incisions verticales en dehors des petites lèvres et qui se rejoignent en haut au-dessus du clitoris. On sépare ensuite au bistouri les tissus malades des tissus sains sous-jacents et l'on arrive immédiatement au-dessus de l'urètre, après avoir atteint les limites de l'infiltration néoplasique, on arrête là l'extirpation, en respectant complètement le méat urétral.

On ne fait pas de suture, on panse à plat, après avoir mis une sonde à demeure.

Les suites opératoires sont excellentes : la plaie se cicatrise rapidement et la malade quitte l'hôpital le 30 avril, c'est-à-dire 19 jours après l'opération presque complètement guérie.

Examen histologique de la tumeur. — Épithélioma pavimenteux typique : globes épidermiques assez nombreux. Après imprégnation par l'iode, on ne trouve que de très rares parcelles de glycogène dans les cellules épithéliales.

Suites. — La malade ne revint pas à l'hôpital. On apprit seulement qu'elle était morte six mois après l'intervention, avec une récurrence locale.

Observation 100. — JACOBY.

Femmes, 56 ans. Début de la tumeur remontant à un an et demi. Ulcération cancéreuse comprenant tout le clitoris (pièce de 1 mark). Pas de ganglions inguinaux. Excision au bistouri. Récurrence ganglionnaire au bout de 14 mois. Inopérable. Malade perdue de vue. Microscopiquement : épithéliome pavimenteux.

Observation 101. — JACOBY.

Femme, 65 ans. Début apparent de la tumeur, il y a un mois. Tumeur de la dimension d'un thaler, englobant tout le clitoris.

Plaques leucoplasiques vulvaires. Pas de ganglions inguinaux appréciables. Excision au bistouri. Thermocautérisation des plaques leucoplasiques. Au bout de cinq mois, récurrence dans les ganglions inguinaux gauches. Curage de la région inguinale. Thermocautérisation des plaques leucoplasiques. Malade revue sans récurrence un an après. Microscopiquement (tumeurs et ganglions) : épithélioma pavimenteux.

Observation 102. — BARNSBY. — *Cancer primitif du clitoris.*

Les coupes de la tumeur et des ganglions montrent qu'il s'agit d'un épithélioma lobulé.

Observation 103. — BONI.

Femme de 58 ans. — Depuis 4 mois prurit et brûlure aux organes génitaux externes. Kraurosis leucoplasique intense étendu à toute la région vulvaire.

Le clitoris gros comme une petite noix est rouge vif, facilement saignant, divisé en deux lobes par un sillon médian. Au toucher, induration qui ne semble pas s'étendre très loin en profondeur. Pas de ganglions appréciables dans les aines.

Diagnostic. — Cancer du capuchon du clitoris, avec leucoplasie vulvaire.

Extirpation du clitoris et de toutes les plaques leucoplasiques. Guérison per primam.

L'examen histologique confirme le diagnostic.

Observation 104. — TELLER. — Obs. I.

Femme de 52 ans. Début 3 ou 4 mois auparavant. Cancer du

clitoris et des deux petites lèvres. Adénopathie inguinale bilatérale.

Opération. — Vulvectomy, Curage ganglionnaire des 2 aines.
Départ de l'hôpital un mois après, sans récurrence.

Observation 105. — TELLER. — Obs. 4.

Femme de 61 ans. Début 4 mois auparavant. Cancer juxta-clitoridien périurétral.

Opération. — Ablation du clitoris, de la tumeur et de la moitié antérieure de l'urètre.

Départ de l'hôpital un mois après, sans récurrence.

Observation 106. — TELLER. — Obs. 8.

Femme de 69 ans. Début 6 mois auparavant.

Cancer du capuchon clitoridien et de la partie supérieure et droite de la vulve. Un noyau induré dans la grande lèvre gauche. Petits ganglions des deux côtés.

Opération. — Ablation des deux tumeurs vulvaires au thermocautère.

Départ trois semaines après, sans récurrence.

Observation 107. — TELLER. — Obs. 11.

Début 1 an auparavant.

Cancer du clitoris, de la petite et de la grande lèvres droites. Grosse adénopathie inguinale droite.

Opération. — Extirpation de la tumeur en tissu sain avec ablation au bloc des ganglions inguinaux droits.

Départ de l'hôpital 3 semaines après, sans récurrence.

Observation 108. — TELLER. — Obs. 13.

Femme de 69 ans. Début 3 mois auparavant.

Cancer du clitoris avec adénopathie inguinale bilatérale.

Opération. — Extirpation du clitoris et de la portion voisine des petites lèvres. Curage ganglionnaire des deux aines.

Départ de l'hôpital 1 mois après, sans récurrence.

Observation 109. — TELLER. — Obs. 14.

Femme de 68 ans. Début 16 mois auparavant.

Cancer du clitoris et de la petite lèvre gauche. Adénopathie inguinale bilatérale.

Opération. — Extirpation de la tumeur en tissu sain. Curage ganglionnaire des deux aines.

Départ 1 mois après, sans récurrence.

Observation 110. — TELLER. — Obs. 16.

Femme de 74 ans. Début 10 mois auparavant.

Cancer du clitoris, du capuchon et de la petite lèvre droite. Adénopathie inguinale bilatérale plus développée à droite.

Opération. — Extirpation de la tumeur au thermocautère en tissu sain. Curage ganglionnaire des deux aines.

Départ 3 semaines après, sans récurrence.

Observation 111. — TELLER. — Obs. 25.

Femme de 72 ans. Début 4 mois auparavant.

Cancer juxtaclitoridien. Pas d'adénopathie.

Opération. — Extirpation de la tumeur en tissu sain.

Observation 112. — TELLER. — Obs. 26.

Femme de 31 ans. Début 2 mois auparavant.

Cancer du clitoris, du capuchon et de la petite lèvre droite.
Adénopathie inguinale bilatérale, plus développée à droite qu'à gauche.

Opération. — Extirpation de la tumeur au thermocautère en tissu sain. Ablation bilatérale des ganglions inguinaux superficiels

Départ de l'hôpital 3 semaines après, sans récurrence.

Observation 113. — TELLER. — Obs. 27.

Femme de 63 ans. Début 5 mois auparavant.

Cancer clitoridien vulvaire avec adénopathie cancéreuse.

Opération. — Extirpation en continuité des ganglions inguinaux des deux côtés et de la tumeur.

Mort 12 jours après par infection.

Observation 114. — TELLER. — Obs. 28.

Femme de 54 ans. Début 1 an auparavant.

Cancer du clitoris et de la grande lèvre droite. Ganglions inguinaux perceptibles des deux côtés.

Opération. — Extirpation de la tumeur au thermocautère en tissu sain.

Pas de récurrence 5 ans après.

Observation 115. — TELLER. — Obs. 33.

Femme de 44 ans. Début 1 an auparavant.

Cancer juxtaclitoridien.

Opération. — Extirpation de la tumeur au thermocautère.

Mort 1 an après. Cause inconnue.

Observation 116. — TELLER. — Obs. 36.

Femme de 64 ans. Début 1 an auparavant.

Cancer du clitoris. Pas d'adénopathie inguinale.

Opération. — Extirpation de la tumeur au thermocautère.

Deux ans après, pas de récurrence.

Observation 117. — TELLER. — Obs. 37.

Femme de 63 ans. Début 2 mois auparavant.

Cancer du clitoris et de la grande lèvre gauche; pas d'adénopathie inguinale.

Opération. — Extirpation de la tumeur au thermocautère.

Récurrence vulvaire 1 an après qui devient rapidement opérable.

Observation 118. — SCHWARTZ. — Obs. 8.

Femme de 71 ans. Cancer juxtaclitoridien. Légère adénopathie inguinale bilatérale.

Opération. — Olshausen. Extirpation de la tumeur. Extirpation ganglionnaire bilatérale. Ganglions microscopiquement cancéreux.

Pas de récurrence après 6 mois.

Observation 119. — SCHWARTZ. — Obs. 15.

Femme de 68 ans. Cancer juxtaclitoridien avec un gros gan-

glion inguinal chez une malade opérée 38 mois auparavant de cancer de la vulve, réopérée 18 mois après de récurrence vulvaire avec adénopathies inguinales (Extirpation de la tumeur et des ganglions) et 7 mois plus tard, d'une petite récurrence dans la petite lèvre droite (Extirpation de la tumeur).

Extirpation par Olshausen de la tumeur juxtaclitoridienne, avec ablation bilatérale des ganglions inguinaux microscopiquement non cancéreux.

Mort 2 ans plus tard d'œdème du poumon, sans récurrence.

Observation 120. — SCHWARTZ. — Obs. 17.

Femme de 58 ans. Cancer juxtaclitoridien et de la grande lèvre droite, chez une femme opérée 2 semaines auparavant d'un cancer vulvaire rapidement récidivé.

Schröder. Extirpation du Cancer. Mort 4 ans après de cancer des ganglions inguinaux et iliaques, sans récurrence locale.

Observation 121. — SCHWARTZ. — Obs. 19.

Femme de 36 ans. Cancer du clitoris et des deux grandes lèvres.

Winter. Extirpation large.

Réopérée un an plus tard d'une récurrence.

Mort par récurrence locale et ganglionnaire 2 ans et 9 mois après la première opération.

Observation 122. — SCHWARTZ. — Obs. 20.

Femme de 68 ans. Cancer juxtaclitoridien sans adénopathie perceptible.

Thorn. Extirpation de la tumeur.

Première récidive 2 ans après. Extirpation Olshausen.

Deuxième récidive 1 an plus tard. Extirpation Olshausen.

Mort par récidive dans la grande lèvre et sur les ganglions inguinaux, 3 ans et 4 mois après la première opération.

Observation 123. — SCHWARTZ. — Obs. 22.

Femme de 62 ans. Cancer du clitoris et de la grande lèvre droite. Pas d'adénopathie.

Olshausen. Extirpation.

6 mois après, récidive dans la grande lèvre droite. Adénopathie inguinale.

Deuxième opération. Extirpation de la tumeur et des ganglions.

4 mois après, récidive locale et inguinale.

Mort par ulcération de la veine fémorale, 11 mois après la première opération.

Observation 124. — GRÜNBAUM. — Obs. 10 de la thèse de BIÉTRIX.

Début 3 ans auparavant.

Tumeur cancéreuse indurée du clitoris et des petites lèvres. Adénopathie bilatérale.

Extirpation de la tumeur vulvaire en totalité. Curage ganglionnaire des deux régions inguinales.

Mort 18 mois plus tard, cause inconnue.

Observation 125. — GRÜNBAUM. — Obs. 11 de la thèse de BIÉTRIX.

Femme de 58 ans. Début 4 mois auparavant.

Cancer du clitoris, de la commissure vulvaire antérieure et des deux petites lèvres. Adénopathie inguinale bilatérale.

Extirpation large de la tumeur. Ablation des ganglions inguinaux cancéreux des deux côtés.

Récidive très rapide et inopérable, vulvaire et inguinale.

Mort 7 mois après l'opération.

Observation 126. — J.-I. FAURE. — Obs. I de la thèse de BIÉTRIX.

Femme de 27 ans. Début plusieurs mois auparavant.

Large cancer ulcéré du clitoris et du capuchon, de la petite lèvre gauche et de la moitié supérieure de la petite lèvre droite.

Opération. — Extirpation large de la tumeur seule, sans les ganglions.

9 mois après, récidive ganglionnaire inguinale, gauche puis droite. Adhérence aux organes voisins.

Opération impossible.

Mort au bout de quelques semaines.

Observation 127. — LUTZENBERGER. — Obs. 19 de la thèse de BIÉTRIX.

Femme de 25 ans. Cancer du clitoris et de la petite lèvre. Pas d'adénopathie perceptible.

Extirpation de la tumeur.

Rapidement récidive ganglionnaire inopérable.

Observation 128. — MÉRIEL. — *Documents gynécologiques*, 1909. Observation citée par CLERMONT et TIMBAL dans le *Toulousé médical* (15 mai 1910). — *Cancer mélanique primitif du clitoris.*

Femme de 41 ans. Verrue brunâtre sous le capuchon du

clitoris, ayant pris 3 mois après le volume d'une grosse pomme, hémisphérique et implantée sur le clitoris, la moitié supérieure des petites lèvres et la face interne du tiers supérieur des grandes. Enlevée par le Pr. Chalot, le 23 mars 1900, en même temps qu'un ganglion métastatique, gros comme une amande, à la partie du triangle de Scarpa.

Récidive locale après 5 mois. Mort de cachexie.

Observation 129. — CLERMONT et TIMBAL (Observation personnelle).

Femme de 43 ans. 5 mois avant, prurit vulvaire intense, surtout après la miction et causé par la présence au niveau de la vulve d'une petite tumeur, grosse comme un grain de mûre, augmentant progressivement de volume. Apparition d'un écoulement jaunâtre et en même temps, dans l'aîne droite, de petites boules roulant sous le doigt, qui augmentent rapidement de volume.

Entrée à l'Hôtel-Dieu.

Très bonne santé générale.

Localement tumeur à la partie antérieure de la vulve, médiane, allongée d'avant en arrière (4 centimètres de long sur 1 centimètre de large). Extrémité antérieure libre. Extrémité postérieure confondue avec le capuchon du clitoris. Elle respecte complètement la région vestibulaire et l'orifice de l'urètre. Coloration sombre, brunâtre. Aucune trace de leucoplasie vulvaire ni de nævus. A droite, volumineux ganglions, occupant le triangle de Scarpa et se prolongeant derrière l'arcade de Fallope. vers le bassin. Rien dans l'aîne gauche.

Opération. — 10 mars 1910, par Jeannel.

1^o Extirpation des ganglions inguinaux droits, très volumineux, nombreux et chargés de pigment mélanique. Ganglions rétrocruraux également hypertrophiés et mélaniques. Dissection

minutieuse. Extirpation. En remontant vers le bassin, on trouve d'autres ganglions trop nombreux et trop élevés pour pouvoir être enlevés en totalité. Donc on y renonce.

2^e temps. Incision en demi-cercle suivant le sillon génito-crural. Section des parties molles jusqu'à l'aponévrose des adducteurs, section du ligament suspenseur du clitoris. Ablation complète de celui-ci de haut en bas. Quelques points au catgut suffisent pour réunir les parties molles.

Cicatrisation parfaite des deux plaies. Lever le 10^e jour. Dès le lendemain de l'opération, injections hypodermiques de bichlorhydrate de quinine.

Examen histologique. — La tumeur, analogue par certains points, à un sarcome mélanique, avec lequel elle pourrait être confondue, doit être envisagée comme un épithéliomamélanique. Elle ressemble en tous points à un nævo-carcinome.

Le tissu interstitiel et les cavités du clitoris sont sains, sauf une légère infiltration de leucocytes. Mêmes caractères dans les ganglions. Le pigment cependant y est plus abondant.

Observation 130. — L.-H. PETIT. — Obs. 4.

Femme de 55 ans. Cancer du clitoris, de la petite lèvre et de la face interne de la grande.

Ablation au galvanocautère. Mort par érysipèle généralisé.

Observation 131. — LEWERS. — Obs. 2.

Femme de 52 ans, opérée en 1902 d'un cancer du clitoris, avec ablation de la tumeur et des ganglions inguinaux des deux côtés.

Pas de récidence en 1906.

Observation 132. — MAUCLAIRE. — Obs. 3. — *Épithélioma clitoridolabial avec adénites bilatérales.* — *Extirpation avec évidement inguino-crural préliminaire bilatéral.* — *Guérison opératoire.*

Femme de 70 ans. Entre le sommet de la petite lèvre gauche et le clitoris, petite masse non pédiculée, grosse comme une noix ; la surface est irrégulière, exulcérée avec de petits points blanchâtres saillants. La tumeur est dure, indolore, à contours irréguliers, elle n'adhère pas profondément au clitoris, elle est surtout cutanée et certainement plus labiale que clitoridienne. Le méat urétral est intact. Dans les deux plis de l'aîne, on sent des ganglions cruraux superficiels et inguinaux superficiels, surtout à gauche, côté correspondant à la tumeur. Aucune lésion interne. Nous posons le diagnostic d'épithélioma et l'ablation est décidée, puis pratiquée de la façon suivante, le 12 août 1903.

Premier temps. — Suivant une surface triangulaire, à sommet pubien, nous pratiquons l'évidement de tout le pli inguinal droit de dehors en dedans en excisant la peau, la graisse sous-cutanée et les petits ganglions que l'on sentait facilement rouler sous le doigt, la malade étant très maigre.

Deuxième temps. — Évidemment semblable du côté gauche jusqu'à l'aponévrose et la veine fémorale mise à nu.

Troisième temps. — Incision de la peau transversalement à trois travers de doigt au-dessus du pubis et réunissant les deux incisions précédentes.

Quatrième temps. — Toutes les parties molles prépubiennes sont enlevées de haut en bas et comprennent le clitoris et la moitié supérieure des petites lèvres en empiétant sur les grandes lèvres.

Une fois l'exérèse terminée, les parties molles inguino-crurales des deux côtés, le clitoris et la moitié supérieure de la vulve

tiennent en un seul bloc. Drainage sous-cutané des régions inguinales. Suture. Sonde à demeure. Guérison opératoire.

Examen histologique. — Épithélioma corné.

Observation 133. — FAURE et SIREDEY. — Cas cité dans le *traité de gynécologie*.

Malade opérée de cancer du clitoris avec adénopathie bilatérale. Vivante après 5 ans.

Observation 134. — BALLOCH. — Obs. 1.

Femme, 65 ans. Dégénérescence d'apparence néoplasique des deux grandes lèvres, englobant le clitoris et la fourchette et s'étendant de leur bord interne à l'entrée du vagin.

À droite, la grande lèvre porte à la partie supérieure un ulcère fissuré et à la partie inférieure un nodule dur et douloureux.

Rien d'anormal du côté des ganglions inguinaux.

Opération. — Ablation de tous les tissus malades en circonscrivant l'urètre en longueur, depuis la peau saine jusqu'à la muqueuse vaginale ; en hauteur depuis le mont de Vénus jusqu'à mi-distance entre la fourchette et l'anus. Ablation complète du clitoris. Rapprochement facile des lambeaux. Guérison per primam.

5 mois après, adénopathie inguinale droite. Ablation complète.

5 mois plus tard, apparition d'une tumeur de l'aîne droite, d'origine probablement pelvienne.

Mort le mois suivant.

Observation 135. — BALLOCH. — Obs. 2.

Femme de 76 ans. Ulcère à base indurée occupant la grande

et la petite lèvre gauches et s'étendant presque jusqu'au méat.
Pas d'adénopathie.

Opération. — Ablation des deux lèvres malades, du clitoris, d'un tiers de pouce de l'urètre et du tiers supérieur de la grande lèvre droite. Ablation bilatérale des ganglions inguinaux.

Récidive rapide uréthro-vésicale.

Mort 4 mois après l'opération.

Observation 136. — ABADIE. — Obs. dans la thèse de BOYER.

Femme de 47 ans. Démangeaisons vulvaires progressives depuis 8 ans.

A l'examen, zone marginale blanc nacré sur grandes et petites lèvres.

Plaque leucoplasique au centre du clitoris.

Clitoris très gros, blanc, un peu corné.

Adénopathie inguinale.

Biopsie. Épithélioma au début.

Opération. — 1° Curage des deux aines ;

2° Ablation du clitoris et de la face interne des grandes lèvres jusqu'aux orifices des glandes de Bartholin.

Réunion per primam.

Observation 137. — DARTIGUES et THOMAS. — Obs. dans la thèse de BOYER.

Femme de 60 ans. Démangeaisons vulvaires depuis 7 ans.

A l'examen, leucoplasie typique de toute la vulve.

Au-dessous du clitoris, ulcération fissuraire. Traitement radiothérapique. Amélioration considérable au point de vue du prurit et de la leucoplasie. Rien pour l'ulcération.

Biopsie. Épithélioma.

Les ganglions inguinaux semblent indemnes.

Première opération. — Ablation du clitoris et du tiers supérieur de la grande lèvre gauche.

15 mois après, adénopathie inguinale gauche volumineuse, dure. Rien à droite.

Pas de récurrence vulvaire.

Deuxième opération. — Extirpation pénible de la masse ganglionnaire inguino-crurale.

Il reste une surface ovulaire suppurante et un clapier sous la paroi abdominale.

Mort par embolie pulmonaire, 4 mois après la deuxième opération.

Observation 138. — BOYER (Obs. personnelle).

Femme de 55 ans. Début probable il y a un an.

A l'examen, petite tumeur framboisée, dure, bien limitée au niveau du clitoris et de son capuchon.

Au toucher vaginal, masse ganglionnaire, ganglions pelviens. Adénopathie inguino-crurale bilatérale.

Opération. — P. Petit.

Extirpation large de la tumeur. L'exérèse ganglionnaire est presque impossible.

Microscopiquement. — Épithélioma pavimenteux tubulé.

Observation 139. — LUCAS-CHAMPIONNIÈRE et PÉCHARD. — Obs. dans la thèse de MAUXION.

Femme de 65 ans. Début assez ancien.

A l'examen, large plaie anfractueuse, ayant détruit la petite lèvre droite et une partie de la grande et gagné la petite lèvre gauche, en passant par le clitoris.

Grosse adénopathie inguino-crurale bilatérale, surtout marquée à droite — Vagin envahi.

Cautérisations simples.

Mort 6 mois après.

Observation 140. — ROCHARD et NANDROT. — Obs. dans la thèse de MAUXION.

Femme de 65 ans. Début depuis 2 ans.

A l'examen, sur la grande lèvre droite et envahissant la petite ainsi que le clitoris, ulcération néoplasique indurée et bourgeonnante.

Adhénopathie inguinale droite.

Opération. — Extirpation des deux lèvres droites et du clitoris. Ablation des ganglions inguinaux droits. Les ganglions cruraux semblent indemnes ; on les respecte.

2 ans après, pas de récurrence.

Observation 141. — GOLDSCHMIDT.

Femme de 54 ans. Depuis un an prurit.

Depuis 6 mois, hémorragies vulvaires et douleurs.

A l'examen, kraurosis vulvæ. Carcinome infiltré du clitoris.. Adénopathie inguinale néoplasique bilatérale.

Opération. — Strassmann.

1° Extirpation première et bilatérale des ganglions inguino-cruraux, au cours de laquelle, à gauche, un gros ganglion crève entre les doigts.

2° Vulvectomie totale, avec ablation de la paroi vaginale sur 1 centimètre de profondeur. Guérison.

Microscopiquement. — Épithélioma clitoridien avec métastase ganglionnaire.

Récurrence inguinale gauche 2 mois après, suivie bientôt d'une récurrence locale. Inopérabilité.

Observation 142. — KUSTNER. — Obs 3.

Femme de 61 ans. Début il y a 1 an 1/2 environ.

A l'examen, volumineux cancer de la grande lèvre gauche, englobant le clitoris et la petite lèvre. Pas d'adénopathie.

Opération. — Schultze. Extirpation large de toutes les parties malades.

Récidive 1 an après, dans les ganglions inguinaux. Mort par cachexie.

Observation 143. — KULIGA. — Obs. 1.

Femme de 70 ans. Début il y a 3 ans.

A l'examen au niveau du clitoris, tumeur néoplasique dure à sommet ulcéré.

Adénopathie bilatérale.

Opération. — Opitz.

1° Extirpation bilatérale des lymphatiques et ganglions.

2° Ablation de la tumeur même, au thermocautère.

Guérison.

Au microscope. — Ganglions non cancéreux.

Observation 144. — KULIGA. — Obs. 2.

Femme de 63 ans. Début il y a 3 ans.

A l'examen, au niveau du clitoris, tumeur ulcérée à base indurée. Trois noyaux superficiels à la face interne, des petites lèvres.

Opération. — Opitz.

1° Ablation bilatérale et difficile des ganglions inguino-cru-raux.

2° Exérèse de la tumeur au bistouri.

Guérison.

Histologiquement. Ganglions cancéreux des deux côtés.

Observation 145. — BLÜMCKE. — Obs. 7.

Femme de 64 ans. Début il ya 1 an.

A l'examen, grosse tumeur exulcérée à la face interne des deux lèvres droites, s'étendant jusqu'au méat en dedans, presque jusqu'au clitoris et au pénil en haut.

Extirpation large.

Mort par pneumonie au bout de 13 jours.

Observation 146. — BLÜMCKE. — Obs. 11.

Femme de 42 ans. Début depuis 2 ans.

A l'examen, tumeur dure du tiers supérieur de la grande lèvre droite. Ulcération indurée du vestibule du clitoris. Adénopathie inguinale bilatérale légère.

Extirpation de la tumeur et des tissus indurés.

Récidive 1 an après dans la cicatrice, bientôt suivie de mort.

Observation 147. — BLÜMCKE. — Obs. 12.

Femme de 58 ans. Début depuis 6 mois.

A l'examen, tumeur au voisinage du clitoris et du méat, et s'étendant à 3 centimètres dans le vagin.

Le lendemain de l'admission à l'hôpital, syncope cardiaque mortelle.

A l'autopsie métastases cancéreuses dans les poumons.

CONCLUSIONS

I. — Le cancer primitif du clitoris est en réalité moins rare qu'on le croit en général.

II. — Apparaissant le plus souvent de 40 à 70 ans, il présente des rapports étroits avec la leucoplasie vulvaire. C'est là du reste la seule notion étiologique nette que nous possédons à son sujet.

III. — Macroscopiquement, il se présente tantôt sous la forme bourgeonnante, tantôt sous la forme ulcéreuse.

Microscopiquement c'est un épithélioma pavimenteux tubulé, ou lobulé à globes épidermiques.

IV. — L'adénopathie est constante, assez précoce, bilatérale, étendue aux ganglions inguinaux superficiels (groupes supérieurs et internes surtout), aux ganglions cruraux et aux deux ganglions rétrocruraux externe et interne.

V. — Cliniquement le cancer du clitoris souvent

précédé par du prurit vulvaire intense, se révèle à la période d'état par deux ordres de symptômes fonctionnels et physiques. Les premiers consistent en démangeaisons, douleurs locales, troubles de la miction, difficultés de la marche. Les seconds sont représentés par la tumeur végétante ou rongeante, rapidement ulcérée, recouverte de croûtes, entourée de plaques leucoplasiques, par le suintement de sang ou d'un ichor fétide provoquant sur les cuisses l'apparition d'un érythème persistant, et enfin par l'adénopathie inguino-crurale et rétrocrurale, tantôt franchement cancéreuse, tantôt et plus rarement inflammatoire, souvent douteuse quant à sa nature et par conséquent suspecte. La mort survient par cachexie, généralisation, ou complications.

VI. — L'évolution de la maladie semble être assez rapide, en l'absence du traitement chirurgical au moins dès que la tumeur est ulcérée et le pronostic est alors toujours fatal. Il reste encore très sombre, après l'opération sanglante, en raison de la grande fréquence de la récurrence locale et surtout ganglionnaire. Mais il semble devoir être amélioré par une exérèse précoce et systématiquement étendue à tout le territoire lymphatique et ganglionnaire du clitoris.

VII. — Le Diagnostic du cancer du clitoris est le plus souvent facile. Il y aura lieu cependant dans quelques cas de recourir à la biopsie. Quant aux ganglions on devra toujours explorer avec soin ceux des régions inguino-crurales et rétrocrurales. Le diagnostic de leur

intégrité ou de leur envahissement sera parfois très difficile à faire.

VIII. — Les indications du traitement opératoire sont, pour nous, précises et comportent l'ablation précoce et large de la tumeur, accompagnée de l'extirpation systématique et bilatérale des ganglions inguino-cruraux et rétrocruraux dans tous les cas.

IX. — L'exérèse de la tumeur, des pédicules lymphatiques et des ganglions pourra être pratiquée par le procédé opératoire que nous avons décrit. On devra en tous cas s'attacher à ce que tous les tissus à extirper, soient enlevés en une seule masse continue. Il y aura toujours intérêt à commencer par s'occuper des ganglions et des pédicules lymphatiques des deux côtés et à ne pratiquer l'ablation de la tumeur qu'en dernier lieu.

VU :

Le Président de Thèse,

É. QUÉNU.

VU :

Le Doyen,

D. LANDOUZY.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- ABADIE. — Leucoplasie vulvaire av. épithélioma du clitoris. Rapports avec le kraurosis. *Ann. gynécolog. et obstétriq.* Paris, 1907, p. 347.
- ARNOTT. — *Transact. of the Pathologic. Society of London*, 1871, vol. XXII, p. 231.
— *Ibid.*, 1873, vol. XXIV, p. 157.
- BALLOCH. — Épithél. de vulve. *The Americ. Journ. of Obstetrics and diseases of Women. a. Children*, t. LX, n° 4, oct. 1909.
- BARNSBY. — Épithél. clitoris. *Soc. anatomiq.*, 1898.
- BEHREND. — *Zur Cancroid. der äusseren Genitalien des Weibes*. Thèse, Iéna, 1869.
- BERTINO. — *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, anno XXV, avril 1903, n° 4, et mai 1903, n° 5.
- BIÉTRIX. — *Exérèse ganglionnaire dans le traitement chirurgical du cancer de la vulve*. Thèse, Paris, 1908.
- BJÖRKQVIST. — Über Carcinom der clitoris. *Mitteilungen aus der Gynäkolog. Klinik des Prof. Otto Engström*. Helsingfors, 1903, t. V, p. 309.
- BLÜMCKE. — *Ueber maligne Tumoren der Vulva*. Thèse, Halle, 1891.
- BOCHENSKY. — Cancer du clitoris. *Soc. Gynécol. Lemberg*, 30 mai 1906, in *Zentralblatt f. Gynækolog.*, t. XXXI, n° 13, 30 mars 1907.
- BOGORAZ. — Primary cancer of the clitoris. *Vrach. Gaz. St-Petersbg.*, 1907, XIV.

- BOIVIN et DUGÈS. — *Traité pratique des maladies de l'utérus et des annexes*. Paris, 1833, t. II, p. 650.
- BONI. — Kraurosis leucoplasiq. de la vulve et cancer du clitoris. *Soc. Toscane d'obstét. et gynécol.*, 18 juillet 1909, in *La Ginecologia*, t. VI, f. 23, 15 oct. 1909, p. 725.
- BORDÈRES. — *Des tumeurs malignes primitives du clitoris*. Thèse, Montpellier, 1905.
- BOYER. — *Le cancer primitif de la vulve*. Thèse, Paris, 1908.
- BRINDEL. — Épithél. primit. du clitoris. *Soc. Anatomie et Physiol. Bordeaux*, 20 janvier 1894, in *Gaz. Hôpitaux Toulouse*, t. VIII, n° 30, 28 juillet 1894.
- BRUHNS. — *Archiv. f. Anat. u. Physiol.*, 1898.
- BUNGE. — Carcinom. der kleinen Labien resp. der Clitoris. *Soc. Obst. et Gynecolog. Berlin*, 25 février 1898, in *Zeitschr. f. Geburtshülfe u. Gynækol.*, t. XXXVIII, 1898, p. 334.
- CLERMONT et TIMBAL. — Épithél. mélaniq. du clitoris. *Toulouse médical*, 15 mai 1910.
- CORNIL. — *Soc. anatom. Paris*, 1874.
- CUNÉO et MARCILLE. — Notes sur les lymphatiq. du clitoris. *B. Soc. Anatomiq.*, 1901.
- DAURIAU. — *Du cancer primitif de la rég. clitorid.* Thèse, Paris, 1888.
- L. DAY. — Épithél. of the clitoris. *Brit. Medic. Journ.*, décembre 1906, II, p. 1636.
- DITTRICK. — Epithel. of the Vulva... A report of 6 cases with a review of the litterat. *Americ. Journ. medic. Sciences*, août 1905, p. 277-304.
- DUDLEY. — A plastic operation f. covering the exposed vulvæ surfaces with skin after excision of extensive growths of the vulva. *Surgery. Gynecol. and Obstetrics*, 1906, II, p. 695.
- EDIS. — On epithel. of the clitoris. *Brit. Gynecol. Journ.*, 1889-1890, t. V, p. 332.
- ENGSTRÖM. — Cité par BJÖRKQVIST.
- ESNAULT. — *Des épithéliomas primit. de la vulve*. Thèse, Montpellier, 1911.

- FALK. — Cancer du clitoris. *Soc. Gynecol. Hambourg.*, 22 octobre 1907, in *Zentralbl. f. Gynäkolog.*, t. XXXII, n° 5, 1^{er} février 1908, p. 161.
- FAURE et SIREDRY. — *Traité de Gynécologie*, 1910.
- FILEUX. — Thèse, Paris, 1902.
- FLOCKEMANN. — I taubeneigrosses carcinom der clitoris. *Soc. Obst. Hambourg*, 6 décembre 1898, in *Zentralbl. f. Gynäkolog.*, 1900, n° 18, p. 493.
- FRANKE. — *Mikroskopische Untersuchungen üb. mal. Tumor der Vulva...* Thèse, Berlin, 1898.
- GAERTNER. — *Die operation. bei carcinom. der äusseren Genitalien des Weibes*. Thèse, Fribourg-en-Brisgau, 1905.
- GODART. — Épithél. du clitoris. *Soc. belge Gynécol. et Obstét.*, 20 octobre 1895, in *Bullet. de la Soc.*, t. VI, 1895, p. 150.
- GOFFE. — Épithél. of the clitoris. *The Amer. Gynecol. a. Obstet. Journ.*, t. XII, 1898, p. 906.
- GOLDSCHMIDT. — *Über das Vulva carcinom*. Thèse, Leipzig, 1902.
- GÖNNER. — *Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynækol.*, 1882, Bd. VIII, heft 1.
- GRÜNBAUM. — Die Prognose bei operation. der Vulva carcinom. *Deutsch. medicin. Wochenschrift*, n° 7, 15 février 1906, p. 251-253.
- HARTMANN. — Opérat. plastiq. apr. excis. des tumeurs étend. de la vulve. *Ann. gynécol. et obstét.*, septembre 1906, p. 555.
- HILDEBRANDT. — *Die Krankh. der äusseren Genitalien*.
- HIRIGOYEN. — *Bullet. Soc. chirurg. Bordeaux*, 1882.
- HOECKEL. — Über melanische Geschwülzte der weiblich. Genital. *Archiv. f. Gynækol.*, t. XXXII, p. 140.
- INGERMANN-AMITIN. — *Zur Kasuistik der primären Vagina u. Vulva carcinom*. Thèse, Berne, 1893.
- JACOBS. — I cas d'épith. du clitoris. *Soc. belge Gynécol. et Obstét.*, 31 mars 1895, in *Bull. de la Soc.*, t. VI, 1895, p. 69.
- JACOBY. — Über primär. Carcin. der clitoris. *Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynækol.*, t. XIX, f. 3, 1904, p. 373.
- JOUIN. — *France médic.*, 1882, t. I, p. 573.

- KOBLANK. — *Zentralbl. f. Gynækol.*, 1897, S. 247.
- KOPPERT. — *Zur Casuistik des carcinoms der äusseren Genital. des Weib.* Thèse, Iéna, 1898.
- KREISS. — Kraurosis u. Ulc. rodens vulvæ. *Correspondenzbl. f. Schweiz. Aertze*, 1902, n° 1, p. 11, et *Gynækolog. Helvetica*, 1903, p. 28.
- KULIGA. — 2 cas de cancer du clitoris. *Soc. Obst. et Gynécol. du Bas-Rhin et de Westphalie*, 1^{er} novembre 1908, in *Monatsch. f. Geburts. u. Gynækol.*, t. XXI, f. 2, août 1909, p. 238 à 242.
- KÜSTNER. — *Lehrbuch der Gynækologie*, p. 55.
- LEECH. — *Brit. Medic. Journ.*, 1894, vol. I, p. 1079. Primar. Epith. of the clitoris.
- LÉGER. — *Soc. Anat. Paris*, 1874.
- LEHMANN. — *Über Entwickl. Verlauf. u. Behandl. der Carcinom. in der Vulva.* Thèse, Halle, 1870.
- LEWERS. — 3 cases of epith. of the vulva with after histories. *Amer. Journ. of Obstetrics*, 1906, p. 113, et *Journ. Obstet. a. Gynec. of the Brit. Empire*, 1906, p. 245. *Revue gynéc.*, 1907, p. 707.
- LIPINSKI. — *Jakush. i jensk. bohez. St Petersburg.*, 1897.
- LLOYD ROBERTS. — Épith. clitoris. *North. of Engl. Gynecol. a. Obst. Society*, 14 octobre 1906, in *Journ. of Obst. a. Gynec. of the Brit. Empire*, t. XI, 1907, p. 94. *Id.* Carcinom. du clitoris. *Ibidem*, 26 octobre 1905, in *Journ. of Obst. a. Gynec. of Br. Emp.*, t. VIII, 1905, p. 349.
- LOURADOUR. — *Contrib. à étude du canc. primit. clitoris.* Thèse, Bordeaux, 1895.
- LOVRITCH. — *Soc. Roy. hongr. médec.*, 12 oct. 1897, in *Zentralbl. f. Gynæk.*, 1898, n° 3, p. 82.
- LUTZENBERGER. — *Carcinoma vulvæ.* Thèse, Munich, 1894.
- MAAS. — *Über die malignität der Carcin. u. Sarc. a. der äusser. weiblich. Genital.* Thèse, Halle, 1887.
- MAC CANN. — Trait. chirurg. du canc. de la vulve... *Lancet*, t. CLXXIX, n° 4556, 24 décembre 1910, p. 1823.

- MAC CLINTOCK. — *Clinic. Memoir. on diseases of Women*. Dublin, 1863, p. 241.
- MAUCLAIRE. — Évidem. lymph. bilat. et néopl. en bloc pour canç. pénis et clitoris. *Tribune médic.*, 10 octobre 1903.
- MAUXION. — *Contrib. à étude des épith. de la vulve*. Thèse, Paris, 1905.
- MAYER. — Beiträge z. Kenntniss der malign. Geschwülste etc. *Monatsschr. f. Geburtsh.*, octobre 1868, Bd. XXXVIII, p. 244.
- MENDEZ DE LEON. — Geval van carcinoma vulvæ. *Soc. holland. Gynéc.*, 13 novembre 1898, in *Nederland Tijdschrift voor Verlosk. u. Gynæk.*, t. X, 1899, p. 63.
- MÉRIEL. — Cancer mélaniq. primit. du clitoris. *Documents gynécologiq.*, 1909.
- MERKLE. — *1 Fall von Carcin. der clitoris*. Thèse, Munich, 1891.
- MORESTIN. — *Bull. Soc. Anatomiq.*, Paris, décembre 1900.
- MÜNCHMEYER. — Casuistische Mittheilung. *Soc. Gynéc. Dresde*, 20 avril 1899, in *Zentralb. f. Gynækol.*, 1899, n° 55, p. 376.
- NEUHAUS. — Epithel. of the clitoris. *Journ. Amer. Medic. Assoc.*, 6 juillet 1907, p. 41.
- PERRUCHET. — *La Gynécologie*, février 1904.
- PETIT P. — Cancer vulvaire et vulvectomie. *La Gynécolog.*, t. XII, n° 4, juillet 1908.
- PETIT L.-H. — De quelq. tumeurs de la vulve et de leur extirpation... *Gaz. hebdomad. médic. et chirurg.*, 5 juin 1874, n° 23, p. 366.
- POIRIER. — In *traité d'Anatomie*, art. lymphatiques.
- POLAILLON. — Épithél. du clitoris. Ablation. Guérison. *Gaz. médic. Paris*, 1885, n° 33, p. 387.
- *Maladies des femmes*. Paris, 1901, obs. 50 et 51.
- POTENKO. — Cancer primit. du clitoris. *Journ. russe Obst. et Gynec.*, 1906, et *Zentralbl. f. Gynækol.*, t. XXII, n° 10, 7 mars 1908, p. 351.

- RIEDINGER. — Carcinom. clitoridis. *Bericht. ub. die aeztichen Vorgange in der Mähr Schles. Landes gebäranstalt.*, von 8 Avr. bis, 31 décembre 1886. Brünn, 1888, p. 75.
- RAETHER. — Carcinom. der clitoris. *Soc. médic. Hambourg*, 20 février 1894, in *Zentralb. f. Gynækol.*, 1895, n° 20, p. 550.
- ROKITANSKY. — Epithel. carcin. der clitoris. *Allgem. Wien. medicin. Zeitung*, 1882, n° 25.
- RONA. — *A clitoris rakrol. srüleszeter nogyogy.* Budapest, 1906-1906.
- RUPPRECHT. — *Zentralbl. f. Gynækol.*, n° 15, 1886, Bd. X, p. 235.
- SCHMIDT. — Zur casuist. der primär carcinom. der vulva u. vagina. *Soc. Obst. et Gynéc. Cologne*, 3 décembre 1891, in *Zentralbl. f. Gynækol.*, 1892, n° 2, p. 36.
- SCHMIDLECHNER. — *Archiv. f. Gynæk.*, 1904.
- SCHRAMM. — *Soc. Obst. et Gynécol. Dresde*, 4 février 1886, in *Zentralbl. f. Gynæk.*, 1886, n° 15, p. 237.
- SCHWARZ. — *Über die Erfolge der Radical operation der vulva u. Vagina carcin.* Thèse, Berlin, 1893.
- SIMMONS. — Primar. epithel. of the clitoris. *Trans. of the Edinburgh. Obst. Soc.*, t. X, 1885, p. 202.
- SIMPSON. — *Trans. of the Edimburgh. Obst. Soc.*, t. XXII, 1900-1901, p. 184.
- SMITH. — Cases of epithel. removed. f. prépuce of clitoris. *Wath. Med. Anñ.*, 1906-1907, vol. XIV.
- SORBETS. — Cancroïde de la vulve. Épithél. du clitoris. *Gaz. Hôpit.*, 1883, n° 140.
- STOECKEL. — Sur cure radic. canc. vulve. *Soc. médic. Marburg.*, 19 janvier 1910, in *Münchn. medicin. Wochenschr.*, t. LVII, n° 9, 1^{er} mars 1910, p. 497.
- TELLER. — Über das Vulva carcinom. *Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynæk.*, 1907, t. LXI, p. 309.
- TRÉLAT. — Cancroïde de la vulve. *Gaz. Hôpitaux*, 1882.
- TOWNSEND. — A report of 4 cases of Cancer. of the clitoris were

clitoridectomy was performed. *Trans. of med. Soc. Philadelphia*, 1891, p. 312.

VALERANI. — Epithel. prim. della clitorid. Clitoridectomia. Guarigione. *Osservatore*, Torino, 1887, XXXVIII, p. 482-486.

WEIT. — *Handbuch der Gynækol.* Bd. III. Heft 1.

WINCKEL. — *Die Pathol. der weiblich. Sexualorgan.* Leipzig, 1881, p. 275.

ZACHARIAS. — Cancer du clitoris. *Soc. franconienne Obst. et Gynécol.*, 26 janvier 1908, in *Münchn. medicin. Wochenschr.*, t. LV, n° 14, 7 avril 1908, p. 767.

CHARTRES. — IMPRIMERIE DURAND, RUE FULBERT